



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**Características de la población peruana que no busca
atención médica por deficiencias de la calidad de
atención en salud en el periodo 2005-2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Daniel Enrique ROJAS BOLIVAR

ASESOR

Miguel Othón BENITO MASÍAS

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rojas D. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2016.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA





ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

105 Siendo las 09:00 horas del día doce de septiembre del año dos mil dieciséis, en la Sala de Sesiones de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Jorge Odon Alarcón Villaverde (Presidente), Roberto Luis Shimabuku Azato (Miembro) y Gustavo Néstor Franco Paredes (Miembro).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **"CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PERUANA QUE NO BUSCA ATENCIÓN MÉDICA POR DEFICIENCIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL PERIODO 2005-2015"**, presentado por don **Daniel Enrique Rojas Bolivar**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de... Diecinueve..... (19).


Dr. Jorge Odon Alarcón Villaverde
Presidente


Dr. Roberto Luis Shimabuku Azato
Miembro


Dr. Gustavo Néstor Franco Paredes
Miembro



AGRADECIMIENTOS

La presente investigación no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mis padres. A ellos les debo todo.

Asimismo, agradezco enormemente el apoyo de Susana Ramírez, sus consejos, indicaciones y sugerencias fueron vitales no solo para esclarecer mi trabajo, sino para tener nuevas perspectivas en la investigación.

Agradezco a la Mg. Ysela Agüero por sus sugerencias en el ámbito estadístico y por haberme acogido en sus clases que tanto me ayudaron en aprender aspectos importantes de la estadística y la demografía.

Agradezco al Dr. Víctor Zamora, al Dr. Jesús Bonilla, a Alexandro Saco, al profesor Augusto Lostanau, al Dr. Walter Mendoza y a la Dra. María Cuba por sus consejos y sugerencias que nutrieron a las líneas venideras.

Agradezco también el gran apoyo de Edison Vásquez y Tania Acevedo, su aliento y compañía son invaluable.

También quiero agradecer a todas las personas que me acompañaron en estos años con quienes compartí ideas, inquietudes, asombros y pensamientos, la lista es larga, pero saben bien quiénes son.

Finalmente agradezco el apoyo del asesor de esta tesis: Dr. Miguel Benito y al Dr. Gustavo Franco en la revisión del trabajo de investigación.

Espero que este trabajo corresponda a todo el apoyo que ustedes me dieron.

Muchas gracias a todos.

A Hilda Bolivar Escalante y
Próxides Daniel Rojas Chulluncuy,
con infinito amor y agradecimiento

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. OBJETIVOS.....	11
1.2.1. Objetivo general.....	11
1.2.2. Objetivos específicos.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
1.4. MARCO TEÓRICO	13
1.4.1. LOS CONCEPTOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	13
1.4.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	15
1.4.3. DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN	17
1.4.4. LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.....	17
1.4.5. EL ACCESO A LA SALUD Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	19
1.4.6. LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN SANITARIA.....	21
1.4.7. LA CALIDAD DE ATENCIÓN, EL ACCESO A LA SALUD Y LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN SANITARIA.	22
1.5. ANTECEDENTES	28
2. MÉTODOS.....	37
2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
2.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
2.4. VARIABLES.....	42
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	44
2.6. PLAN DE ANÁLISIS.....	44
2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	45
3. RESULTADOS	45
3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PERUANA QUE NO BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA POR DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PERIODO 2005-2015.....	46
3.1.1. POBLACIÓN PERUANA QUE AUTOREPORTÓ PROBLEMAS DE SALUD	46
3.1.2. POBLACIÓN PERUANA CON PROBLEMAS DE SALUD QUE NO BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA.	46

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PERUANA CON PROBLEMAS DE SALUD QUE NO BUSCAN ATENCIÓN MÉDICA POR DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL AÑO 2015.	54
4. DISCUSIÓN.....	58
5. CONCLUSIONES.....	63
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
7. ANEXOS.....	81
7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	81
7.2. APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN	84
7.3. TABLAS Y GRÁFICOS.....	85

INDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
Tabla 2.1. Dimensiones de la calidad de atención sanitaria según varios autores.	16
Tabla 2.2. Tamaño muestral de hogares para la ENAHO 2005-2015	42
Tabla 3.1. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de calidad de atención en el año 2015.	55
Tabla 3.2. Factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención en personas con problemas de salud en el año 2015.	57
Anexo 7.1. Tabla de operacionalización de variables	82
Tabla 7.1. Población peruana que refirió algún problema de salud en el periodo 2005-2015.	85
Tabla 7.2 Personas con problemas de salud que no buscó atención médica en el periodo 2005-2015.	86
Tabla 7.3.a. Frecuencia de las razones por que las personas con problemas de salud no buscaron atención médica en el periodo 2005-2015.	87
Tabla 7.3.b. Proporción de las razones por que las personas con problemas de salud no buscaron atención médica en el periodo 2005-2015.	88
Tabla 7.4.a. Sexo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	89
Tabla 7.4.b. Proporción del sexo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	90
Tabla 7.5.a. Edad de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	91
Tabla 7.5.b. Proporción de edad de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	92
Tabla 7.6.a. Nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	93

Tabla 7.6.b. Proporción de nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	94
Tabla 7.7.a. Nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	95
Tabla 7.7.b. Proporción de localización geográfica de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención.	96
Tabla 7.8.a. Nivel económico de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	97
Tabla 7.8.b. Proporción de Nivel económico de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015..	98
Tabla 7.9.a. Localización de la población peruana con problemas de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	99
Tabla 7.9.b. Proporción de la localización de la población peruana con problemas de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	100
Tabla 7.10.a. Sistema de aseguramiento de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	101
Tabla 7.10.b. Proporción del sistema de aseguramiento de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	102

INDICE DE FIGURAS

Tabla	Pág.
Figura 1.4. Marco del indicador de calidad de atención deficiente.	25
Figura 2.2. Población de estudio.	40
Figura 3.1. Población peruana que refiere algún problema de salud en el periodo 2005-2015.	46
Figura 3.2. Población peruana que no buscó atención médica en el periodo 2005-2015	47
Figura 3.3. Razones de no búsqueda de atención médica en las personas que refirieron problemas de salud.	47
Figura 3.4. Población peruana que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención	47
Figura 3.5. Dimensiones de la deficiencia de calidad de atención sanitaria.	49
Figura 3.9. Lengua materna de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015	50
Figura 3.10. Nivel económico de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015	51
Figura 3.11. Zona de residencia de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	52
Figura 3.12. Sistema de seguro de salud de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	53
Figura 3.13. Causas de no búsqueda de atención médica en la población peruana con problemas de salud en el año 2015.	54
Figura 3.14. Localización geográfica de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el año 2015.	56
Figura 7.1. Proporción según sexo de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención.	103
Figura 7.2. Edad de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	104
Figura 7.3. Nivel educativo de la población peruana con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.	105

RESUMEN

Introducción

Las deficiencias de la calidad de atención en salud son un problema de salud pública. Están considerados como una barrera para las mejoras de los indicadores nacionales en salud. En la actualidad existen numerosas investigaciones sobre calidad de atención pero fueron realizadas dentro de servicios hospitalarios. No se encontraron estudios en el país que evalúen las características de las personas que no buscaron atención por deficiencia de calidad de atención.

Objetivo

Determinar las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencias de calidad de atención en salud según el análisis de la base de datos de la ENAHO en el periodo 2005-2015.

Metodología

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Se utilizó como fuente de datos las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) en el periodo 2005-2015. Se consideró como deficiencia de calidad de atención a los casos de maltrato del personal de salud, demora de atención y lejanía del centro de salud.

Resultados

Se encontró un aumento de la proporción de personas que no buscaron atención medica por deficiencia de calidad de atención en 90,0%, el aumento de la proporción por maltrato fue 368,4%, el aumento por demora en la atención aumentó en 320,2% y el aumento por lejanía fue 11%. Las mayoría fueron mujeres, de edad comprendida entre 30 y 59 años, de educación primaria, residentes de zonas rurales, no pobres y afiliadas al Seguro Integral de Salud.

Conclusiones

Se encontró un incremento de la proporción de la población peruana con un problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención. Es necesario mejorar los servicios de salud para una mejor atención a los pacientes.

Palabras clave: calidad de atención, Perú, búsqueda de atención médica.

ABSTRACT

Background

Deficiencies in the health care quality is a public problem. They are considered as a barrier to the improvement of national health indicators. Nowadays , there are a lot of research about care quality but were not made in hospital services. No studies were found in the country about characteristics of people who did not seek health attention because of care quality deficiency.

Objective

Determine the characteristics of the Peruvian population who did not seek medical attention because of care quality deficiency according to the analysis of the database ENAHO in the period 2005-2015.

Methodology

Quantitative, descriptive, retrospective. National Household Survey (ENAHO) in the period 2005- 2015 was used as a data source . Cases of health worker abuse , delay care and remoteness was considered deficient quality of care clinic.

Results

There is an increase in the proportion of people who did not seek medical attention because of care quality deficiency in 90.0%, The increase of the proportion for mistreatment was 368.4%, by delay in care increased by 320, 2% and by distance was increased by 11% .The majority were women, aged between 30 and 59 years , primary education, rural residents, not poor and affiliated to the SeguroIntegral de Salud (Health Insurance).

Conclusions

Exist an increase in the proportion of the Peruvian population with health problems who did not seek health care because of care quality deficiency. It is necessary to improve health services for better patient care.

Keywords: quality of care, Peru, seeking medical attention

1. INTRODUCCIÓN

El artículo 24 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar y la asistencia médica (1), los países firmantes elaboraron el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde los estados firmantes *“reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* (2). Este pacto entró en vigor en el año 1976 y se creó un importante antecedente para que los estados reconozcan, permitan y garanticen el acceso a la salud de sus poblaciones.

En el Perú, en ese periodo se creó el Sistema Nacional de Sistemas de Salud (1978), que tuvo como fin coordinar los planes y programas de los servicios prestadores de salud a nivel nacional. Entre sus prioridades destacó la extensión de la atención primaria en salud y la extensión de la seguridad social (3). Aspectos importantes en el acceso a la salud en un país que históricamente se caracterizó por las brechas en el acceso y la precariedad en el sistema de salud (4). Asimismo, en las últimas décadas se implementaron estrategias como el Servicio Civil de Graduandos de Ciencias de la Salud (SECRIGRA) (5), el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (SERUMS) (6) y la creación del Seguro Integral de Salud (SIS) (7) que lograron una mayor cobertura de atención sanitaria en zonas rurales donde antes no existía atención médica.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, aún existen personas que no acuden a los establecimientos de salud, motivos hay varios, pero resalta que la deficiencia de calidad de atención sea uno de estos. En el Perú, en el año 2011, el 13,6% de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica refirieron causas relacionadas con la deficiencia de calidad de atención (8). Son numerosos los reportes sobre las deficiencias de la calidad de atención que se observan en el país (9-11). Y esta situación generó el desarrollo de investigaciones sobre la calidad de atención en salud. La mayoría tuvo como metodología la recolección de datos a través de encuestas dentro de los establecimientos de salud (12-14), sin tener en cuenta el potencial sesgo de que el sujeto de estudio no exprese realmente sus opiniones respecto a la calidad de atención o satisfacción de los servicios de salud por estar siendo encuestado en el mismo lugar donde está recibiendo la atención médica (15). Ni tampoco tomaron en cuenta a otro personaje importante en el estudio de la calidad de atención: la persona que no busca atención médica.

Estas personas se encuentran en riesgo de que sus problemas de salud no sean evaluados, diagnosticados y controlados y los riesgos de morbilidad aumentan y al no haber investigaciones sobre este grupo queda un vacío de conocimientos que es necesario explorar.

La salud de las personas no está determinada solamente por el acceso a los servicios de salud sino por la calidad que estos servicios ofrecen (16-18). Frente a esta situación, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el objetivo de la presente investigación es determinar las características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud según el análisis de la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el periodo 2005-2015?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

- Determinar las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencias de calidad de atención en salud según el análisis de la base de datos de la ENAH en el periodo 2005-2015.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar las características demográficas de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencias de calidad de atención según el análisis de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el periodo 2005-2015.
- Determinar las características socioeconómicas de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencias de calidad de atención según el análisis de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el periodo 2005-2015.

- Determinar las características sanitarias de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencias de calidad de atención según el análisis de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el periodo 2005-2015.
- Determinar los factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencias de calidad de atención en personas con problemas de salud en el periodo 2005-2015

1.3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación es relevante porque aporta datos sobre las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención. Se propone un indicador de deficiencia de calidad de atención a través de la no búsqueda de atención médica con que se puede monitorizar la proporción de las personas que no buscaron atención médica por problemas relacionados a la calidad de atención. Además, esta investigación aporta con datos acerca de la evolución de estas características en los últimos once años y los contextualiza con las políticas sanitarias llevadas hasta la fecha de tal manera que se pueda tener una aproximación a los efectos de éstas sobre la calidad de atención en salud.

La mayoría de investigaciones sobre calidad de atención en el país se basan en encuestas realizadas a pacientes que son atendidos dentro de los establecimientos de salud donde evalúan la satisfacción de los pacientes, pero está propensa a sesgos (15). Son numerosas las investigaciones y tesis que no aportan mayor conocimiento que la satisfacción de los pacientes en servicios específicos de hospitales o centros de salud (12, 13). Por otra parte, las investigaciones sobre la búsqueda de atención médica se enfocan sobre los factores de riesgo individuales de las personas y no los factores sociales, económicos políticos y culturales por que las personas *no* buscan atención médica (19-22).

La presente investigación aporta con nuevo conocimiento porque brinda una nueva perspectiva al problema porque se enfoca en las personas que no acudieron a los establecimientos de salud, se evalúa sus características, se establece una línea de tiempo y se relaciona con el contexto histórico del país.

Finalmente, la investigación es necesaria porque estudia un aspecto importante en el derecho a la salud de las personas que es la atención de calidad.

Es conveniente a la población porque muestra datos sobre un grupo no estudiado. Es conveniente a la Facultad de Medicina porque ofrece información útil y de relevancia para la salud pública del país y es conveniente para el Estado porque recibe información que será de utilidad para la toma de decisiones.

1.4. MARCO TEÓRICO

1.4.1. LOS CONCEPTOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Para entender las deficiencias de la calidad de atención se parte por los conocimientos acerca de la calidad de atención.

Lee y Jones (1933) definieron la calidad de atención como *“el tipo de medicina practicada y pensada por los líderes reconocidos de la profesión médica en un tiempo establecido, en un desarrollo profesional y en una población o comunidad”* (23). Donabedian argumentó que la calidad de atención es una dimensión evaluadora de los elementos e interacciones del proceso de atención en salud (24). También mencionó que la calidad está enfocada al desempeño del proveedor de atención sanitaria y que está influenciado por los recursos disponibles que son limitados. Posteriormente planteó que la atención de calidad es *“aquella que se espera que maximice una medida comprensible de bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que ocurren en el proceso de atención en todas sus partes”* (25). Propuso un modelo de evaluación de la calidad de atención donde se distinguen dos categorías: el desempeño técnico y el desenvolvimiento interpersonal (26).

Grönroos (1984) sostuvo que el paciente tiene una percepción de la calidad de atención y esta percepción depende del desempeño instrumental y del desempeño expresivo de los proveedores de servicios de salud. El desempeño instrumental corresponde a los aspectos técnicos de la atención sanitaria y el desempeño expresivo abarca los aspectos psicológicos de la interacción entre el proveedor y el usuario (27).

Luft y Hund (1986) definieron la calidad como el grado con que los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de los resultados no deseados, de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos (28).

Lohr (1991) mencionó que la calidad de atención es el grado en que los servicios de salud incrementan las probabilidades de efectos deseados por los pacientes y poblaciones de acuerdo con los conocimientos científicos actuales, Ovretveit (1992) planteó que la calidad de atención es la provisión de cuidados que exceden las expectativas del paciente y alcanza los mejores resultados clínicos con los recursos disponibles, Joos y Kogan (1995) plantearon que la calidad se evaluaba a través de tres dimensiones: técnica, sistémica y genérica; Schuster (1998) definió la calidad de atención como la provisión de servicios apropiados en una manera competente técnicamente, con buena comunicación, con toma de decisiones compartidas entre el proveedor y el usuario y con sensibilidad cultural (29). Murray y Frenk (2000) mencionaron que las deficiencias en la calidad de atención no corresponden a la falta de recursos, sino a la brecha que existen en los conocimientos y las aplicaciones inapropiadas de la tecnología (30).

El Institute of Medicine (IOM) definió la calidad de atención como *“el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones incrementa la probabilidad de resultados deseados y que son consistentes con los conocimientos profesionales actuales”* (31). El IOM mencionó que la atención de calidad debe cumplir con seis características: seguridad del paciente, efectividad, cuidado enfocado en el paciente, cuidado oportuno, eficiente y equitativo (32). Peabody (2006) definió calidad como la optimización de ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud (33). Mosadeghrad (2012) planteó que la calidad de atención es *“la satisfacción consistente del paciente a través de un servicio de salud eficaz, efectivo y eficiente, acorde con las guías de atención actualizadas y estándares que satisfacen al paciente y a los proveedores”* (34), el autor planteó que la atención de calidad se caracteriza por los “ocho correctos”: la atención correcta, del modo correcto, en el individuo correcto, en el lugar correcto, en el momento correcto, con el proveedor correcto, con el costo correcto y con los resultados correctos (34, 35).

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud (2010) definió calidad de atención como *“conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario”* (36).

1.4.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Donabedian propuso tres dimensiones: la estructura, el proceso y el resultado. La *estructura* se refiere a las características del marco donde la atención sanitaria ocurre, incluye los recursos materiales: equipo, instalaciones y presupuesto, las características de los recursos humanos: cantidad y calidad, y las características de la estructura organizacional: organización del equipo de salud, evaluación por pares, entre otros. El *proceso* denota qué es lo que se hizo realmente en dar o recibir atención médica, esto incluye lo que el paciente hace al buscar atención, así como lo que el personal sanitario hace al plantear el diagnóstico e implementar el tratamiento. El *resultado* representa los efectos de la atención sanitaria en el estado de la salud de los pacientes y las poblaciones (26).

La OMS (2006), planteó que la calidad de atención debe cumplir con seis características: eficiencia, efectividad, accesibilidad, aceptabilidad, equidad y seguridad (37). Según el IOM, la calidad de atención debe cumplir con seis características: seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo (32). Para el Ministerio de Salud (2002), los atributos de la calidad de atención en salud son la oportunidad, eficacia, integralidad, accesibilidad, seguridad, respeto al usuario, información completa, trabajo en equipo, participación social, satisfacción del usuario externo y satisfacción del usuario interno (38). En la tabla 1.4 se presentan las dimensiones planteadas por los diversos autores en los últimos años.

Tabla 2.1. Dimensiones de la calidad de atención sanitaria según varios autores.

Año	Autor	Dimensiones
1970	Hulka	Relación personal, conveniencia y competencia profesional
1980	Donabedian	Calidad técnica, calidad interpersonal, comodidades (25)
1982	Grönroos	Calidad técnica, calidad funcional e imagen (27)
1983	Thompson	Tangible, comunicaciones, relaciones entre personal y pacientes, tiempo de espera, procesos de admisión, procedimientos de consulta y necesidades religiosas
1984	Maxwell	Efectividad, aceptabilidad, eficiencia, acceso, equidad, relevancia
1988	Donabedian	Estructura, proceso, resultado (26)
1992	Ovretveit	Calidad profesional, cliente, calidad de gestión
1995	Joos y Kogan	Calidad técnica, calidad sistémica, calidad genérica
1995	Tomes y Ng	Empatía, entendimiento del malestar, respeto mutuo, dignidad, alimento, ambiente físico y necesidades religiosas
1998	Jun et al.	Tangible, cortesía, confiabilidad, comunicación, competencia, entendimiento del usuario, acceso, sensibilidad, cuidado, resultados del paciente, y colaboración
2000	OMS	Estructura, proceso y resultado (39)
2001	Hassin et al.	Comunicación, sensibilidad, cortesía, costo e higiene
2001	Walters y Jones	Seguridad, desempeño, estética, conveniencia y economía
2001	Institute of Medicine	Seguridad, efectividad, enfocado en el paciente, oportunidad, eficiencia, equidad (32)
2003	Jabnoun y Chaker	Tangible, accesibilidad, entendimiento, cortesía, confiabilidad, seguridad, credibilidad, sensibilidad, comunicación y competencia.
2003	Andaleeb	Comunicación, costo, capacidad, competencia y conducta
2009	Ramírez-Hita	Percepciones del personal de salud, representaciones sociales de la comunidad (40)
2012	Mosadeghrad	Tangible e intangible (34)

Fuente: elaboración propia

1.4.3. DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Para la definición de deficiencia de calidad de atención sanitaria, se tomó como base la definición de calidad de atención de Peabody (2006) quien señaló que es la optimización de ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud (33). Para la presente investigación se entiende la deficiencia de la calidad de atención sanitaria como el defecto o la carencia de los ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud.

1.4.4. LOS MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Silimperi (2002) mencionó que los procesos de mejora de la calidad de atención deben estar planteados sobre la base de tres categorías: la definición de la calidad de atención, la medición y la implementación de mejoras (41). Se han diseñado varias estrategias para la evaluación de la calidad de atención sanitaria, uno de los métodos más usados es la evaluación a través de las historias clínicas (42, 43) que tiene la ventaja de usar un recurso de fácil acceso, sin embargo, las críticas son que evalúa el proceso que el paciente tiene dentro de los establecimientos de salud, no evalúa los procesos de búsqueda de atención sanitaria ni el trato recibido. En otras palabras, se evalúa la calidad de atención desde la perspectiva del personal sanitario y no desde el paciente. Además, se debe tener en cuenta de que las historias clínicas no son completamente confiables, ni tampoco hay garantía de que estén completas ni que sean legibles (24).

Otro método utilizado son las encuestas de satisfacción del usuario en la cual se evalúa las percepciones de los pacientes respecto a los servicios de salud (13, 44-46), la ventaja de estas investigaciones es que evalúan cuantitativamente las categorías en estudio y con ello se da una medición del estado en que se encuentran los servicios de salud; sin embargo, este tipo de estudios tiene las desventajas de que no llegan a evaluar por completo la situación en que se generan estas percepciones, las encuestas son rápidas y no hay una observación de la realidad en la que se encuentra tanto el personal de salud como los pacientes y las encuestas se toman dentro de los establecimientos de salud lo cual genera un riesgo importante en la objetividad de la información. Un ejemplo importante en el país es la encuesta SERVQUAL que es una de las más aceptadas a nivel internacional para la evaluación de la satisfacción del usuario externo (47) y que es una de las estrategias implementadas por el Ministerio de Salud para la evaluación de la satisfacción de los pacientes (48), pero que adolece de los problemas mencionados anteriormente, además hay autores que modifican la encuesta y dificulta de comparación de los resultados entre encuestas tomadas en

varias instituciones. A pesar de ello, numerosos centros hospitalarios en el país realizaron estudios con este instrumento (49-51).

Otro ejemplo está dado en los últimos años con la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que desarrolló la Encuesta Nacional de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) que tiene como objetivo realizar un seguimiento y valoración de la percepción de los usuarios externos e internos de la atención brindada a través del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (14).

Un método alternativo de evaluación de la calidad de atención en salud es a través de la observación directa (24, 26, 52). Las ventajas son el registro de los procesos de atención sanitaria, la independencia de las historias clínicas y se puede observar las prácticas del personal de salud en la atención sanitaria, sin embargo, las deficiencias están en la modificación de la conducta del personal sanitario cuando saben que son observados y el ambiente de tensión entre el personal de salud y el evaluador (24, 53).

Otro método es a través de las entrevistas a las personas que conforman los equipos de atención sanitaria (24), con este método se busca conocer las percepciones del personal de salud sobre su sus compañeros y ambiente laboral, sin embargo, el problema con este método es que difícilmente el personal sanitario comenta sobre el trabajo de sus compañeros, es frecuente encontrar un hermetismo dentro de las instituciones sanitarias (53-55).

Una estrategia de evaluación relativamente nueva es a través de los “pacientes estandarizados” que es considerado por algunos autores como el mejor método de la evaluación de los procesos en la atención en salud (33). Este método consiste en el entrenamiento de personas sanas para que simulen síntomas y visiten los consultorios de modo no anunciado. Una vez dentro del establecimiento de salud son examinados por el personal sanitario y registran a través de audio o video las prácticas del personal (56). Las ventajas de este procedimiento evaluación y entrenamiento del personal (57) no solo en las destrezas clínicas, sino en la comunicación interpersonal (58). Las desventajas de este método son los costos que implica contratar pacientes estandarizados, el entrenamiento para que conozcan el cuadro que van a reproducir y los problemas éticos que puede implicar el observar las prácticas del personal de salud sin su consentimiento.

Otro método es a través de la medición de indicadores que tiene como objetivo medir directa o indirectamente los cambios en una situación y evaluar el progreso alcanzado respecto a la calidad de atención sanitaria (59). Indicador se entiende como la

construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a este colectivo (59). Las ventajas de este método son que los datos son obtenidos y manejados de un modo relativamente sencillo y hay cierto grado de objetividad con los resultados que pueden permitir una comparación entre periodos o entre instituciones. Los datos estadísticos derivados de los análisis de los indicadores dan una visión rápida de las fortalezas y debilidades de los servicios de salud; sin embargo, el problema con la evaluación a través de indicadores radica en la dificultad de determinar un indicador que sea específico para la evaluación de calidad de atención (52, 59) y esto se debe a que hasta el momento las definiciones, dimensiones y características de la calidad de atención son distintas entre los autores y se debe ello también a que la calidad de atención sanitaria es un concepto que tiene múltiples dimensiones. Por ejemplo, Donabedian (1968) mencionó una serie extensa de características que pueden ser definidas como indicadores (24) que posteriormente los agrupó en tres categorías: estructura, proceso y resultados (26).

1.4.5. EL ACCESO A LA SALUD Y LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso a la salud tiene distintas concepciones e interpretaciones (60-66). Las perspectivas oscilan entre las enfocadas en la oferta de servicios de salud y las enfocadas en el uso de estos servicios. Esta diversidad de conceptos y definiciones causan confusión y dificultan el consenso en su evaluación. Sin embargo, numerosos autores coinciden en que la percepción de la población sobre los sistemas de salud es un factor importante en el acceso a los servicios de salud (65, 67, 68). A continuación se describen algunas definiciones sobre acceso a la salud y su relación con la calidad de atención.

Tanahashi (1978) planteó que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y la población que está influenciada por las características del sistema de salud. Estas relaciones son la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad (65). En este caso, la efectividad es la dimensión que está centrada en el desenvolvimiento del servicio de salud por lograr sus objetivos con los pacientes y esto se evalúa con el grado de satisfacción de ellos.

Pechansky y Thomas (1981) plantearon que el acceso a la salud está visto como un concepto que tiene las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad (68). En el caso de la aceptabilidad, esta depende de la relación de los “clientes” sobre las características de los “proveedores”.

De modo más específico, otros autores establecen la relación entre acceso y calidad de atención. Por ejemplo, Donabedian refirió la importancia de la calidad de atención sobre las actitudes de los usuarios respecto a la búsqueda de atención (26). Aday y Andersen (1974) desarrollaron un marco conceptual para el estudio del acceso a la salud, en este marco explican que la satisfacción de los pacientes es una dimensión del acceso a la salud y que la satisfacción depende también de la calidad de atención que el sistema de salud brinda a los pacientes (16). Por su parte, Frenk (1985) define accesibilidad como: *“el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.”* (69). Asimismo, el mismo autor señala a la accesibilidad *“como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos de la búsqueda y obtención de la atención (“resistencia”) y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (“poder de utilización”)”* (69). La utilización de los servicios de salud, según Frenk (1985), es *“el consumo real de los servicios”* (70).

Mendoza-Sassi mencionó que los factores asociados a la búsqueda de atención son las edades de los extremos de la vida, es decir, que los niños y los ancianos utilizan más los servicios de salud, por otra parte, las mujeres, las personas de bajo nivel económico, el nivel educativo y las personas que cuentan con seguro de salud utilizan más los servicios de salud (20). Nouraei (2015) describió los factores que afectan la utilización de los servicios de salud en Teherán, los factores que afectan de modo positivo la utilización son la edad, el nivel de ingresos, el estado laboral y la cobertura del seguro de salud, mientras que la educación fue descrita como un factor que afecta de modo negativo la utilización de servicios de salud (71).

En el estudio de la utilización de los servicios de salud se encontró que a pesar de la disponibilidad de éstos, muchas personas no los utilizan. El fenómeno de la subutilización de los servicios de salud fue descrita por Hannay como *“el iceberg de los síntomas” (the symptom iceberg)* que es el fenómeno donde las personas experimentan síntomas o discapacidades y que no buscan atención profesional (72, 73). Se denomina *“iceberg”* porque la parte visible comprende a las personas que tienen problemas de salud y que buscan atención profesional, mientras que la parte no visible está constituida por las personas que tienen problemas de salud y que no buscan atención médica (74). Se describieron los factores asociados a la subutilización de los servicios de salud, por una parte Koopmans (2012) describió que la edad y el sexo femenino están relacionados con la desvinculación de la población en programas de prevención sanitaria (75). Yousaf (2015) realizó una revisión sobre los factores asociados a la demora de la búsqueda de atención médica en personas

de sexo masculino, describió dos categorías: psicológicos y contextuales. Dentro de los factores psicológicos mencionó a los conflictos de rol de género, la represión de emociones, la ansiedad, la vergüenza, la subestimación de los síntomas y la falta de conocimiento de los síntomas y de los servicios de salud; dentro de los factores contextuales describió a la deficiencia en la comunicación con los profesionales de salud, la falta de tiempo, los costos de la atención y a los factores sociodemográficos (76).

1.4.6. LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN SANITARIA

Se plantearon diversos modelos para explicar las conductas de búsqueda de atención sanitaria con el fin de entender por qué los programas de intervención sanitaria no funcionaban en algunas comunidades objetivo. Ahmed (2000) definió a la búsqueda de atención médica como *“una secuencia de medidas compensatorias realizadas para corregir la percepción de enfermedad”* (77). Mackian (2003) describió que los factores asociados a la búsqueda de atención se categorizan en geográficos, sociales, económicos, culturales y organizacionales. En el aspecto organizacional se menciona como un determinante a la percepción de la calidad de atención (78).

Por su parte, Chrisman (1977) propuso el concepto de *la búsqueda de salud* como un esquema de comprensión de las reacciones de las personas frente a la enfermedad en la sociedad occidental (79). El autor propuso también el concepto de *conducta de búsqueda de salud* como los pasos realizados por un individuo que percibe una necesidad de ayuda para resolver un problema de salud (79). Los pasos son:

- Definición del síntoma: es la percepción de cambios en el estado de salud del individuo. Es el mayor determinante de las acciones de búsqueda de atención. Este punto está sustentado con el *modelo de conductas del enfermo* propuesto por Mechanic. Este modelo plantea que las conductas se refieren al modo como los síntomas son percibidos, evaluados y manejados (o no manejados) por las diferentes personas (80). El autor planteó una serie de factores que influyen sobre la probabilidad de que una persona busque atención médica, entre los factores se mencionan el reconocimiento de los síntomas y signos, la extensión de la enfermedad sobre la vida diaria, la percepción de gravedad, la frecuencia, el grado de tolerancia, el conocimiento disponible, las necesidades básicas, y la disponibilidad y calidad de los recursos de tratamiento.

- Cambio de roles de conducta: consiste en la interacción del grupo social en la vida de la persona, frecuentemente se realiza a través del cese de las obligaciones sociales de la persona.
- El sistema de referencial informal: son los factores críticos de las creencias de la salud y la red social de la persona como intervinientes en la historia natural de la enfermedad.
- Acciones de tratamiento: son las conductas que la persona utiliza para curar o reducir el impacto del problema de salud. Las fuentes de tratamiento son varias: el sistema de salud formal profesional, el sistema de salud alternativo o nativo, consultas informales, y el auto-cuidado.
- Adherencia: es el grado en que la persona enferma actúa con los consejos terapéuticos.

Otro modelo propuesto es el modelo de creencias de salud (*health belief model*) este modelo describe factores que predicen por qué las personas toman acciones para prevenir, controlar o tratar su enfermedad. Los factores son la susceptibilidad, la percepción de severidad, la percepción de beneficios, la percepción de barreras, el inicio de acción y la autosuficiencia (81). La percepción de las barreras fueron los predictores más fuertes en el estudio de la conducta.

Andersen (1960) mencionó que la búsqueda de atención puede ser enfocado como una conducta individual que está afectado por características predisponentes (sociales, culturales, creencias de salud), recursos habilitadores (familiares y comunitarios), necesidades de salud (percibidos y evaluados) (82). El modelo de Andersen fue criticado por enfocar su análisis en el individuo y no en los factores sociales, ni en las perspectivas culturales de las personas y porque no definió adecuadamente el concepto de creencias en salud, situación que impidió que se utilizara este modelo con frecuencia para el estudio de la utilización de los servicios de salud. Otras críticas resaltan la poca importancia a los factores organizacionales y estructurales en el análisis de la búsqueda de atención (82). Frente a ello, el modelo se actualizó y mencionó la importancia de los determinantes sociales y los determinantes individuales en la utilización de los servicios (83).

1.4.7. LA CALIDAD DE ATENCIÓN, EL ACCESO A LA SALUD Y LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN SANITARIA.

Se mencionó anteriormente que los conceptos de calidad, acceso y búsqueda tienen numerosas concepciones e interpretaciones y que debido a ello se generan

confusiones en el entendimiento de los procesos de búsqueda de atención. A continuación se definen cuáles son los conceptos que utiliza la presente investigación.

Como se señaló anteriormente, se considera en esta investigación a la calidad de atención según el concepto de Peabody (2006) que definió la calidad de atención como la optimización de ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud (33), y a partir de ello se plantea que la deficiencia de calidad de atención es el defecto o la carencia de los ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud.

Respecto al acceso a la salud se toma el concepto de Frenk (1985) que definió accesibilidad como: *“el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.”* (69). Asimismo, el autor señala a la accesibilidad *“como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos de la búsqueda y obtención de la atención (“resistencia”) y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (“poder de utilización”)”* (69).

La búsqueda de atención sanitaria se consideró según lo planteado por Ahmed (2000) quien definió la búsqueda de atención médica como *“una secuencia de medidas compensatorias realizadas para corregir la percepción de enfermedad”* (77).

1.4.7.1. LA NO BÚSQUEDA DE ATENCIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Se consideró como indicador de estudio a la proporción de personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencias en la calidad de atención. Se propone a este indicador como una aproximación de la calidad de atención, se parte desde el concepto de indicador que es una *“construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a este colectivo”* (59) y en este caso la construcción teórica fue la deficiencia de calidad de atención. La deficiencia de calidad de atención se planteó en esta investigación como el defecto o la carencia de material o personal en producir salud.

Teóricamente se consideran dos puntos. En primer lugar, se parte con que el concepto de calidad de atención es distinto para el personal de salud y la población en general (84). En el caso del concepto del personal de salud se trata de un discurso aprendido mientras que los conceptos de la población se elaboran a través de las

representaciones sociales que tienen respecto a la calidad de atención. Cuando el personal sanitario tiene problemas de salud y se convierte en usuario del sistema de salud el discurso cambia y se asemeja a los conceptos considerados por la población (84). En segundo lugar, se tiene en cuenta de que el paradigma del modelo médico hegemónico (alopático, biologicista) se caracteriza por excluir los saberes del paciente (85). Una muestra de esto está en que la mayoría de definiciones descritas en el marco teórico sobre calidad de atención están centradas en la opinión de los expertos (Donabedian, Gronroos, etc.) que estuvieron basados en su experiencia y observaciones pero no por las opiniones, perspectivas y representaciones de los pacientes quienes son los usuarios de los servicios de salud.

Operacionalmente, para la elaboración de este indicador se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Se tomaron en cuenta las categorías que la población tiene como referencia para calidad de atención según las investigaciones de diversos autores (24, 84, 86, 87). Se definió operacionalmente como deficiencia de calidad de atención a la presencia de al menos una de las siguientes causas por que las personas con problemas de salud no buscan atención médica: “demora en atención”, “distancia geográfica” y “maltrato del personal de salud”. La no búsqueda de atención médica se consideró como una reacción de la población frente a la calidad de atención deficiente (33). Las categorías más importantes de la calidad de atención están centradas en la relación médico paciente (26, 52). Otra razón por que están incluidas es por la percepción de la población respecto al trato del personal de salud (88). El tiempo de espera prolongado es también un indicador de calidad de atención referido por la población (88) y que es considerado por el Ministerio de Salud como un atributo de la calidad de atención (38). Por último, la distancia geográfica es una categoría percibida por la población (88), está enmarcada dentro de la dimensión de “estructura” de Donabedian (26, 33) y es considerada también como atributo de calidad de atención por el Ministerio de Salud (38). En la figura 1.4 se esquematiza los fundamentos del indicador de deficiencia de calidad de atención

Se utilizó este método para crear un indicador que se aproxime a la medición de la calidad de atención a partir de un instrumento (cuestionario de la ENAH) que es aplicado a nivel nacional. Las ventajas de este planteamiento de la calidad de atención son que están basadas en los datos disponibles en las bases de datos del INEI y que son relativamente sencillos de calcular, las categorías están definidas y pueden ser enfocadas posteriormente para su análisis en profundidad. Asimismo, es de utilidad para realizar seguimiento de los efectos de las políticas sanitarias a nivel nacional. Las limitaciones de este indicador radican en tres puntos: en primer lugar, la ENAH es

una encuesta diseñada para evaluar los hogares y condiciones de vida y pobreza, por tanto, no está diseñada *per se* para evaluar calidad de atención sanitaria. En segundo lugar, la calidad de atención es un fenómeno con múltiples definiciones, múltiples interpretaciones y múltiples factores, por tanto una medición más rigurosa implica un diseño de instrumento más exhaustivo donde se tomen en cuenta las variables planteadas tanto por los expertos así como por las representaciones sociales de la población. En tercer lugar, la encuesta evalúa las percepciones de los informantes, por lo tanto, se basan en datos subjetivos, situación que afecta la rigurosidad de las mediciones. Por otra parte, en el cuestionario de la ENAHO no hay preguntas que se refieran a la infraestructura de los hospitales o a la disponibilidad de medicamentos, tampoco hay preguntas que evalúen la capacidad técnica del personal sanitario.

Finalmente, es importante resaltar que la atención sanitaria no solamente se trata de la interacción personal sanitario/institución-persona, la atención sanitaria está enmarcada dentro de un proceso histórico, social, económico, político y cultural que es de necesario análisis para su mejor comprensión. En esta investigación se contextualizarán los procesos de políticas sanitarias con los resultados.

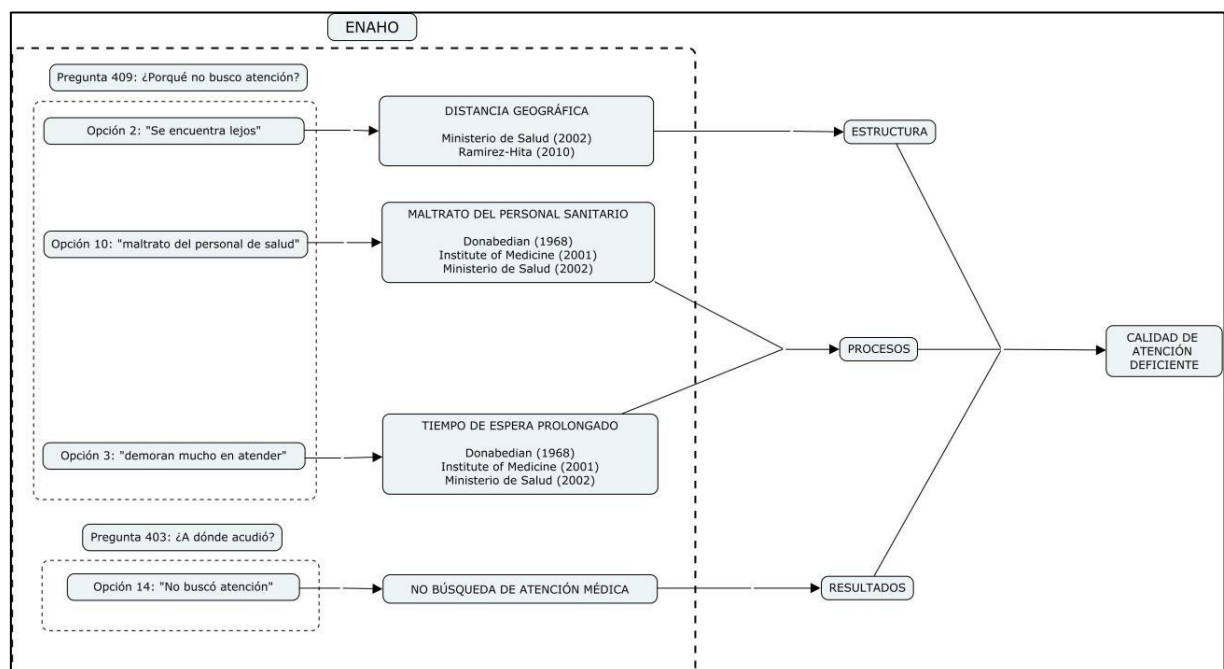


Figura 1.4. Marco del indicador de calidad de atención deficiente.

1.4.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Deficiencias en la calidad de atención en salud:** se consideró en esta investigación a la calidad de atención según el concepto de Peabody (2006) que definió la calidad de atención como la optimización de ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud (33), y a partir de ello se planteó que la deficiencia de calidad de atención es el defecto o la carencia de los ingresos materiales y habilidades del personal para producir salud. Se consideraron tres subcategorías:
 - **Accesibilidad geográfica:** Se entendió como accesibilidad geográfica a la disponibilidad de los servicios de salud que estén cerca o próximos a donde residen las personas. A pesar de que este concepto esté señalado por algunos autores como una barrera del acceso a la salud (61, 64), muchos otros autores lo sostienen como un factor de calidad de atención en salud (35, 38, 40, 89), el Ministerio de Salud también lo considera como un factor de calidad de atención (38).
 - **Tiempo de espera prolongado:** Se basa en la percepción de las personas encuestadas. Es un componente de la deficiencia de calidad de atención planteado por diversos autores (26, 38, 59, 90).
 - **Maltrato del personal sanitario:** El maltratar, entendido como tratar mal a alguien de palabra u obra y menoscabar o echar a perder, es la definición de la Real Academia Española (91). En esta investigación se considerará las respuestas de las personas basadas en la percepción del maltrato del personal de salud (40, 86, 92, 93).
- **Características demográficas**
 - **Edad.** Se evaluará en años cumplidos.
 - **Sexo.** Se consideró el sexo biológico referido por los respondientes.
 - **Nivel educativo.** Se consideró el nivel educativo cumplido por las personas. Luego se condensó las categorías de tal manera que se evalúe el nivel educativo de modo más sencillo.
 - **Ubicación geográfica.** Se consideró la ubicación geográfica establecida por el INEI, luego se disgregó el análisis según regiones.
 - **Estrato geográfico:** Se consideró zona rural y zona urbana.

- **Características socioeconómicas**

- **Necesidades básicas insatisfechas:** El método de necesidades básicas insatisfechas (NBI) fue diseñado e implementado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como una forma de medir la pobreza según los datos censales de los países de Latinoamérica. Se basa en si los hogares censados satisfacen o no ciertos indicadores de necesidades principales. Los indicadores propuestos fueron: a) tipo de vivienda y materiales de construcción de la misma, b) hacinamiento, c) disponibilidad de agua potable, d) acceso a servicios sanitarios, e) asistencia escolar de los menores de edad y f) capacidad económica (94). Las ventajas de este método está en que se trata de un método “directo”, es decir, que evalúa el bienestar con el consumo efectivamente realizado, otra ventaja es que utilizó la información disponible en los censos y estos datos pueden incrementarse con la adición de nuevas preguntas en los censos en los siguientes años. Las desventajas del método NBI están en los costos debido a que se necesita de los datos censales para elaborar los indicadores, no es un indicador útil para evaluar situaciones de pobreza reciente, no necesariamente es útil para evaluar la eficacia de una política pública destinada a mejorar una carencia específica, no da información sobre la intensidad de la pobreza, en otras palabras, no se puede estratificar los niveles de pobreza, los indicadores son más apropiados para áreas urbanas y los indicadores NBI tienen características que pueden no estar presentes en hogares realmente pobres (94, 95). A pesar de estas desventajas, su utilidad se encuentra en que se basa en los datos de los censos y que prácticamente todos los países de América Latina usan este método como indicador de pobreza lo que permite comparaciones entre países.

El INEI usa como indicadores NBI los siguientes: a) población en viviendas con características físicas inadecuadas, b) población con viviendas con hacinamiento, c) población con viviendas sin servicios higiénicos, d) población en hogares con niños que no asisten a la escuela, e) población en hogares con alta dependencia económica (96).

- **Pobreza:** La definición de pobreza es un trabajo complejo y amplio. Son numerosas las definiciones propuestas para la pobreza; sin embargo, se toma en cuenta la planteada por las Naciones Unidas que menciona que la pobreza no es simplemente la falta de ingresos apropiados, sino

que se trata de un fenómeno multidimensional que se extiende más allá del escenario económico para abarcar factores como la incapacidad de participar en la vida política y social, mencionan también que la pobreza es la privación de la capacidad de vivir como ser humano libre y digno con todos los potenciales de conseguir todas las metas en su vida (97).

- **Características culturales**

- **Lengua materna:** Se considerará la lengua materna como una aproximación al origen étnico de las personas según lo propuesto por el INEI (98).

- **Salud**

- **Problemas de salud:** se basa en la autopercepción de presentar algún problema de salud según lo utilizado por el INEI (8).
 - Presencia de enfermedad crónica
 - Síntoma o malestar en las últimas cuatro semanas
 - Enfermedad
 - Recaída de enfermedad crónica
 - Accidente
- **Búsqueda de atención:** Ahmed (2000) definió a la búsqueda de atención médica como *“una secuencia de medidas compensatorias realizadas para corregir la percepción de enfermedad”* (77). El Ministerio de Salud lo definió como la autopercepción de un problema de salud y la búsqueda de atención médica por tal problema (8).
- **Sistema de prestaciones de salud:** Se consideraron los sistemas prestadores de servicios de salud disponibles según la ENAHO.

1.5. ANTECEDENTES

1.5.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Tipping G. Healthcare seeking behaviour in asian transitional economies: a literature review and annotated bibliography. En esta investigación el autor estudió las características de la búsqueda de atención médica en los países de Asia que están pasando por transiciones económicas. Mencionó que las conductas de búsqueda de

atención son resultado de una ponderación compleja de características del proveedor, del paciente, de la enfermedad y del hogar. En la revisión de la bibliografía encontró que los procesos de reforma económica afectaron el ingreso de los hogares que a su vez afectó el uso de los servicios de salud. Por ejemplo, en Vietnam, el crecimiento económico acelerado elevó los ingresos de los hogares que permitió a las personas comprar los servicios de salud que anteriormente eran subsidiados por el Estado. Por otra parte, mencionó que los hogares pobres tuvieron dificultades en el acceso a los servicios de salud por el costo desproporcionado respecto al ingreso del hogar. En el análisis de los datos se encontró que las personas más pobres tienden a automedicarse dado que es la opción más barata. Una situación similar se dio en el país de Laos. El autor mencionó también que los países en recesión económica muestran caídas significativas de la calidad de atención, mientras que los países en crecimiento económico están relacionados con la mejora de la calidad de los servicios e impacto positivo sobre su utilización; sin embargo, mucho depende de la distribución de los recursos económicos entre los sectores sociales.

Las investigaciones realizadas en Laos muestran que la desconfianza o insatisfacción de las personas hacia los servicios de salud están relacionadas con la mayor automedicación y el menor uso de estos servicios. Esto es atribuido a una deficiencia de la calidad de atención (99).

Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) publicó un reporte respecto a los errores médicos en el sistema de salud (100). En este informe resaltan las proporciones de las personas afectadas por los errores médicos y las repercusiones que tienen en la salud pública. Los autores reportaron que en 1997 al menos 44000 personas murieron debido a errores médicos, las muertes por uso de medicamentos es de 7000 por cada año. A esto se suma que los proveedores de servicios de salud perciben que el sistema de responsabilidad médica es uno de los obstáculos más importantes para la mejora de los servicios de salud. Otro factor que se menciona en el reporte es que el mismo sistema de salud descentralizado y fragmentado contribuye a una atención no-segura e impide las mejoras del sistema sanitario. Asimismo, la fragmentación de estos servicios de salud impide que se tenga un registro único de atención por paciente, que tiene como consecuencia que la información del paciente sea incompleta en cada establecimiento que acuda y con ello los riesgos de mala praxis aumentan. En palabras del IOM *“Una riesgosa atención es el precio que pagamos por*

no tener sistemas organizados de atención sanitaria con líneas claras de responsabilidad”.

Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US.

Makary y Daniel presentaron un artículo sobre los errores médicos en Estados Unidos, en este artículo mencionaron que los errores médicos son la tercera causa de muerte en Estados Unidos y la dificultad del registro de las muertes reside en que no están estipuladas en el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) entonces, no son registradas y quedan como datos inexistentes. Estas investigaciones fueron consideradas como antecedentes de este proyecto debido a que refleja un punto importante respecto a la práctica médica que en los modelos de calidad de atención se refiere a la capacidad técnica del personal sanitario(101).

Nouraei Motlagh S, Sabermahani A, Hadian M, Lari MA, et al. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran.

El objetivo del estudio fue la identificación de los factores que afectan la utilización de los servicios de salud en el sector público y privado. La metodología que utilizaron fue la aplicación de una encuesta diseñada por la OMS que evaluó aspectos de acceso, equidad y utilización de los servicios de salud. Los resultados más importantes fueron que los factores asociados al uso de los servicios de salud fueron la edad, el nivel de ingresos económicos, el estado laboral y la cobertura de seguro de salud. Asimismo, se encontró que los factores por los cuales las personas no buscaron atención médica fueron por no disponibilidad de especialistas en los centros de salud, no tener tiempo, vivir a distancias prolongadas del centro de salud, no encontrar turno de atención y costos elevados de la atención médica. El autor resalta que la cobertura de un seguro de salud es un factor que afecta positivamente el uso de los servicios de salud, es decir, que las personas aseguradas usan más los servicios de salud. El nivel educativo tiene un efecto negativo sobre el uso de los servicios de salud. Como conclusión, el autor señaló que es necesario eliminar las barreras económicas del acceso a la salud. Para efectos de la presente investigación se resalta que las distancias prolongadas, el nivel educativo y la cobertura de un seguro son factores que afectan la utilización de servicios de salud (71).

Koopmans B, Nielen MM, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice.

La investigación tuvo como objetivo fue identificar los factores que afectan negativamente la participación de las personas en los programas de prevención comunitaria en atención primaria. La metodología utilizada fue la revisión bibliográfica. Se encontró

que los factores asociados a la no participación en las campañas de vacunación fueron la edad, el sexo femenino, el nivel socioeconómico pobre y la percepción de falta de importancia o beneficio. Para el caso de la no participación en los programas de detección temprana de enfermedades se encontró que la edad, el sexo masculino, el nivel socioeconómico pobre y las percepciones de poco beneficio fueron los factores asociados (75).

Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores asociados a la demora en la búsqueda de atención médica en personas de sexo masculino. La metodología utilizada fue a través de una revisión bibliográfica. Los autores dividieron los factores en dos categorías: factores psicológicos y factores contextuales. Dentro de los factores psicológicos mencionaron que la represión de las expresiones, la necesidad de control, el conflicto de rol de género, la ansiedad, la vergüenza, la subestimación de la gravedad de los síntomas y la falta de conocimiento de los problemas de salud y de los recursos de salud están asociados a la demora de búsqueda de atención. Por otra parte, los factores contextuales fueron la comunicación deficiente con los médicos, la falta de tiempo, los costos de los servicios de salud y los factores sociodemográficos (76).

Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. El objetivo de esta investigación fue revisar la evidencia disponible sobre los determinantes de la utilización de los controles prenatales en los países de altos ingresos económicos. La metodología utilizada fue la revisión bibliográfica. Los resultados mostraron que la edad materna menor de 20 años, el bajo nivel educativo, las solteras, el patrón de planificación del embarazo fueron los determinantes del uso inadecuado de los controles prenatales. Los determinantes contextuales fueron vivir en vecindarios pobres, de altas tasas de desempleo y las personas que se definen como indígenas. Otro factor que afecta negativamente el uso de los controles prenatales fue la poca disponibilidad de personal médico en la zona (102).

Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. El objetivo del estudio fue evaluar los factores asociados a la continuidad de las atenciones médicas. Se aplicó un cuestionario que evaluó la satisfacción de los pacientes respecto a los servicios de

salud y se preguntó también por el uso continuo de los servicios de salud. Los hallazgos mostraron que la continuidad de los cuidados está relacionada con la mayor satisfacción del paciente. Asimismo, la continuidad de los cuidados está relacionada con la menor visita a los servicios de emergencia, hospitalizaciones, mejor manejo del dolor crónico y mayor uso de los servicios preventivos (103).

Kanungo S, Bhowmik K, Mahapatra T, Mahapatra S, Bhadra UK, Sarkar K. Perceived morbidity, healthcare-seeking behavior and their determinants in a poor-resource setting: observation from India. El objetivo de la investigación fue determinar la distribución, factores asociados y la interrelación entre la morbilidad percibida y la búsqueda de atención médica en una región pobre. La metodología utilizada fue una encuestada aplicada a los miembros de los hogares de una región de la India. Los resultados mostraron que el 55% de las personas respondieron que tenían un problema de salud y que el 53% de estas personas fueron atendidos por personal no calificado. Los factores asociados a la menor búsqueda de atención médica fueron la edad adolescente, el sexo femenino, pertenecer a la religión islámica y residir en región rural. El mejor nivel educativo y el acceso a agua segura están asociados a la búsqueda de atención médica. El grado de severidad es un factor importante de búsqueda de atención (21). Una crítica de esta investigación es que enfocan las barreras de acceso a la salud desde la persona, el paciente, mientras que no enfoca los aspectos estructurales de los recursos en salud de la región donde fue llevada la investigación.

Ramírez Hita S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2° ed. La Paz: OPS/OMS; 2010. Ramírez-Hita (2010) planteó que la definición de calidad de atención en salud difiere entre el personal de salud y la población dado que ambos grupos son representantes de saberes diferentes (84), para el personal de salud la calidad de atención está enfocada en las categorías de problemas de infraestructura, organización interna y los problemas relacionados con la población. En los problemas de infraestructura se encuentran la cantidad y calidad de insumos, el acceso a los centros de salud y la precariedad laboral. En los problemas de organización interna están la deficiencia en la organización de los recursos humanos, en la organización de los estudiantes de ciencias de la salud, en el suministro de insumos, en la ética profesional y en el trato que se le otorga a los pacientes; en los problemas relacionados con la población el personal de salud refiere que el comportamiento de la población genera problemas que dificulta el trabajo del personal, otros mencionan que

los problemas se encuentran relacionados con la educación de la población (89). Para la población, la calidad de atención sanitaria está asociada a factores externos y de organización de servicios, al conocimiento y capacidad resolutive de los profesionales, a los estudiantes y al maltrato del personal sanitario hacia el paciente y sus familiares (88).

1.5.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Lip C, Lazo O, Brito P. El trabajo médico en el Perú. Lip y cols (4) registraron las características del trabajo médico en el Perú entre la década de los 60 y 80. En su trabajo se menciona la precariedad y desorganización del sistema de salud. Por ejemplo, en 1964 el Ministerio de Salud tenía bajo su control 71 centros de salud, 142 postas médicas y 177 postas sanitarias en todo el territorio nacional. Se menciona también la situación de los trabajadores de salud, resalta la concentración de personal médico en la capital y las condiciones desfavorables de trabajo. Respecto a los recursos materiales y gasto en salud, señalaron que para el año 1986 el 38% de los hospitales y el 55% de las camas estaban concentradas en Lima y Callao. Se registró un 50% de deterioro de la capacidad física de los establecimientos de salud y solo funcionaban en un 50% de su capacidad operativa por las fallas del equipo. El 80% de los puestos de salud no contaban con agua potable ni desagüe y el 60% no contaba con fluido eléctrico. El presupuesto en salud era el 4,5% del PBI. Los autores mencionaron además la poca planificación de la formación de profesionales médicos en el país que se basaban más en aspectos intra-institucionales como la capacidad operativa en vez de formar personal médico en base a las demandas del país. En este contexto se encuentra entonces con un panorama de desorganización, precariedad y limitaciones de la atención en salud.

Ministerio de Salud. Análisis en el acceso a los servicios de salud en el Perú. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. El Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2012 presentó un informe técnico sobre las características de la demanda de los servicios de salud en el Perú (8). En el informe mencionaron que la demanda de los servicios de salud depende del precio de la consulta, los precios de las medicinas, los ingresos disponibles, los costos de transporte, el tiempo de espera, la calidad del trato recibido, la calidad clínica, los factores demográficos del hogar y sus miembros y los hábitos y costumbres de las personas. Otro punto que se indica en el informe es que uno de los métodos del análisis de la demanda es a través de la evaluación del uso de servicios. El análisis de las necesidades de salud se basó en el autorreporte de enfermedades por parte de la

población El 69,5% de la población peruana refirió haber tenido algún problema de salud en las últimas 4 semanas. El porcentaje de autorreporte es más frecuente en las mujeres que en los varones. Los grupos más vulnerables son los que se encuentran en los extremos de la vida, es decir, los niños de 0 a 6 años y los adultos mayores de 60 años. El autorreporte de enfermedades fue más frecuente en la población económicamente activa (73,2%). Las personas que no saben leer y escribir refirieron menos problemas de salud en comparación con las personas que saben leer y escribir; las personas que viven en ámbitos rurales refieren menos problemas de salud en comparación con las personas que viven en zonas urbanas (65,2% y 71%, respectivamente). Las personas en situación de pobreza se autorreportan enfermas con menos frecuencia en comparación con las no pobres (62,4% vs 72,3%). Por otra parte, el otro aspecto que analizaron fueron las características del acceso a los servicios de salud en el Perú, para definir acceso a la salud, se planteó dos pasos, en primer lugar era necesario el reconocimiento de una necesidad de salud y por tanto se busque atención en salud y en segundo lugar está la elección de qué tipo de servicio busca. El análisis de la búsqueda de atención lo dividieron en cuatro puntos: a) búsqueda de atención, b) lugar de atención, c) uso de servicios intermedios, d) razones de no consulta. En el año 2011, el 56,9% de la población peruana realizó una consulta para aliviar el mal que le aquejaba. Las personas cuyas edades están en los extremos de la vida presentaron mayor frecuencia de búsqueda de atención, no hubo diferencia en la búsqueda de atención sanitaria según la situación laboral, las personas que residen en zonas urbanas presentaron mayor frecuencia de búsqueda de atención en comparación con las que residen en zonas rurales. Se mencionó en el informe que según mejora la situación económica, la frecuencia de búsqueda de atención también aumenta. Las personas con algún tipo de seguro buscan atención sanitaria con mayor frecuencia que las que no tienen seguro. Respecto al lugar de atención se encontró que la mayoría de personas se atendió en boticas y farmacias (35%), el segundo lugar donde las personas buscan atención es en los establecimientos del Ministerio de Salud (32,9%). La mayoría de personas con enfermedad crónica refirieron que se atendieron en los establecimientos del Ministerio de Salud (30,1%). Asimismo, son las personas que están en los quintiles más pobres las que acuden a los establecimientos del Ministerio de Salud, mientras que en EsSalud la atención está más concentrada en las personas en los quintiles con mejor situación económica. Las farmacias y boticas concentran a los quintiles III y IV. Respecto a las razones de no consulta las principales razones fueron las percepciones de no necesidad de búsqueda de atención y también la falta de tiempo. En el informe se menciona también que se incrementaron las razones relacionadas con la calidad de

atención en salud, las categorías que usaron fueron el maltrato del personal de salud, la falta de confianza y la demora en la atención que en el año 2004 representó el 8,3% y en el 2001 fue 13,6%. La falta de dinero como razón de no búsqueda de atención disminuyó en los últimos años, la disminución fue de 11 puntos porcentuales. En el ámbito rural las características fueron similares que las mostradas a nivel nacional. Las personas aseguradas a pesar de tener un seguro de salud refirieron que no fue necesaria la búsqueda de atención médica. La falta de dinero fue la razón más frecuente en los quintiles más pobres del país.

Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. El objetivo fue describir el perfil de necesidad y los patrones de utilización de los servicios de salud ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud en el Perú. La metodología seguida fue el análisis estadístico de las bases de datos disponibles al público de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2011. El análisis de los datos se basa en los planteamientos de Andersen sobre el análisis de demanda de los servicios de salud. Los resultados mostraron que las personas afiliadas a EsSalud tuvieron más probabilidades de usar la consulta ambulatoria que las personas no aseguradas y los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). Los afiliados a SIS acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (47,1%) mientras que los afiliados a los otros seguros utilizaron hospitales y clínicas. Las personas no aseguradas mayoritariamente usaron las boticas. El motivo principal de no consulta fue por la percepción de no gravedad, pero la falta de dinero fue una razón importante también. El autor señaló también los estudios realizados en el país sobre el perfil de uso de los servicios de salud, mencionó la desigualdad en el acceso a los servicios de salud entre la población asegurada y no asegurada. Otro aspecto que resalta de la investigación es que uno de los factores importantes de la no búsqueda de atención es lo que el autor nombra como problemas de la oferta y donde está implicadas las variables relacionadas a las deficiencias de la calidad de atención en salud. En la discusión el autor plantea que el mayor uso de los servicios de salud está en las personas aseguradas, mujeres y las personas con mayor nivel educativo, las personas en los extremos de la vida y los residentes de Lima Metropolitana y las personas con problemas de salud crónicos (104).

Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud. Periódicamente, la Defensoría del Pueblo muestra los problemas de los servicios de salud y los reclamos de la población respecto a los servicios de salud (11, 105-108). Además, se publicaron los informes

defensoriales que son investigaciones realizadas sobre las condiciones como se brinda la atención en el país. En el Informe Defensorial N° 87 “El derecho a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud” (109) resaltan que el derecho a la salud es uno de los compromisos del Estado y que debe cumplir con cuatro características: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En este informe se encontró que los servicios de emergencia de los centros de salud de la seguridad social no estaban debidamente señalizados y que tenían obstáculos para el ingreso de los pacientes, el tiempo de espera fue prolongado para casi el 20% de los pacientes y la atención estuvo condicionada por pagos indebidos ya sea por procedimientos médicos, insumos necesarios o medicamentos faltantes, además, el 20% no recibió información sobre diagnóstico y tratamiento. A pesar de ello, el 78% de las personas encuestadas se mostraron satisfechas con el servicio ofrecido; sin embargo, en el informe se señala que estos resultados pueden deberse a la falta de conocimiento sobre los derechos del paciente.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Final. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014 - ENSUSALUD 2014. El estudio tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de los usuarios del aseguramiento en salud a nivel nacional en el año 2014 (14). El método seguido para el estudio fue transversal descriptivo y consideraron como universo al total de atenciones en consulta externa, oficinas de seguros, boticas y farmacias. Se definió como usuarios externos a las personas que recibieron atención en consultorio externo, oficina de seguros y las personas que compran medicamentos en boticas o farmacias mientras que los usuarios internos fueron el personal médico y de enfermería que laboran en los establecimientos de salud. Respecto a la encuesta dirigida a los usuarios de consulta externa se encontró que el 90,1% de las personas atendidas en consultorios externos tienen algún tipo de seguro, el 81,1% de los entrevistados en los centros de salud Minsa tienen algún tipo de seguro, en EsSalud fue el 99,9%. Respecto al nivel de satisfacción, el 66,3% está satisfecho con el servicio recibido por parte del Minsa, el 68,2% con el servicio de EsSalud, el 87,1% con el servicio de las Fuerzas Armadas y en forma general el 70,1% de los encuestados refirieron estar satisfechos con la atención. Respecto al tiempo de espera desde que ingresan al establecimiento de salud Minsa hasta que recibe atención en consultorio es de 114 minutos, en los establecimientos EsSalud es de 58 minutos, en los establecimientos de las Fuerzas Armadas son 50 minutos y en las clínicas el tiempo de espera es de 35 minutos. El tiempo promedio que demora la atención médica es de 17 minutos en las clínicas y 14 minutos en los establecimientos de las Fuerzas Armadas, EsSalud y Minsa. A pesar

de ello, el 83% de las personas encuestadas en los establecimientos del Minsa se encuentran satisfechas con el tiempo que dura la atención. Respecto a la encuesta dirigida al personal médico y de enfermería se encontró que el 44,8% del personal médico y de enfermería entrevistado tiene contrato indefinido, nombrado, permanente, seguido de los contratos a plazo indeterminado con 24,2%. El 66,1% de los médicos tiene alguna especialidad y el 51% de enfermeras tiene alguna especialidad. El 63,2% del personal sanitario se encuentra satisfecho con su trabajo, el 65,8% de los médicos se encuentra satisfecho con su trabajo y el 59,9% de las enfermeras se encuentran satisfechas con su trabajo.

2. MÉTODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. Se utilizó como fuente de datos las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) desde el año 2005 hasta el 2015.

2.2. FUENTE DE DATOS

2.2.1. ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES (ENAH)

Se utilizó las bases de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Se realizó a nivel nacional para evaluar condiciones de hogar, vivienda y situación económica de las personas en el país. Los objetivos de la encuesta son:

- Generar indicadores que permitan conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y de las condiciones de vida de los hogares.
- Efectuar diagnósticos sobre las condiciones de vida y pobreza de la población.
- Medir el alcance de los programas sociales alimentarios y no alimentarios en la mejora de las condiciones de vida de la población.
- Servir de fuente de información a las instituciones públicas y privadas, así como a investigadores.
- Permitir la comparabilidad con investigaciones similares, en relación con las variables investigadas (110).

La encuesta es tomada trimestralmente de manera continua desde el año 2003. La población de estudio está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país. Se excluyeron a los miembros de las fuerzas armadas que viven en cuarteles, campamentos, barcos y

otros. Se excluyeron también a las personas que residen en viviendas colectivas tales como hoteles, hospitales, asilos, claustros religioso, etc. (111).

La unidad de análisis estuvo constituida por:

- Los integrantes del hogar familiar
- Los trabajadores del hogar con cama adentro, reciban o no pago de sus servicios.
- Los integrantes de una pensión familiar que tienen como máximo nueve pensionistas.
- Las personas que no son miembros del hogar familiar, pero que estuvieron en el hogar por más de 30 días.

El marco muestral es proveniente de los Censos de Población y Vivienda y material cartográfico. Las unidades de muestreo son:

- En el área urbana
 - La unidad primaria de muestreo es el centro poblado con 2 mil y más habitantes.
 - La unidad secundaria de muestreo es el conglomerado que tiene en promedio 120 viviendas particulares.
 - La unidad terciaria de muestreo es la vivienda particular.
- En el área rural
 - la unidad primaria de muestreo fue de dos tipos,
 - El centro poblado urbano con 500 a menos de 2000 habitantes
 - El área de empadronamiento rural el cual tuvo en promedio 100 viviendas particulares
 - la unidad secundaria de muestreo fue de dos tipos:
 - El conglomerado que tuvo en promedio 120 viviendas particulares.
 - La vivienda particular
 - La unidad terciaria de muestreo fue la vivienda particular (111).

El diseño muestral fue de tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica (tres etapas) e independiente en cada departamento de estudio, el nivel de confianza de los resultados muestrales es del 95% (111). Los criterios de selección de la ENAHO se mencionan a continuación:

2.2.2. Criterios de selección ENAHO

2.2.2.1. Criterios de inclusión

2.2.2.2. Integrantes de hogar familiar residentes de hogares en zona rural o urbana.

2.2.2.3. Criterios de exclusión

- Miembros de las fuerzas armadas que residan en cuarteles, campamentos, barcos y otros.
- Los integrantes de pensión familiar que tiene de 10 a más pensionistas.
- Los trabajadores de hogar cama afuera.

La recolección de datos en estas encuestas fue a través de entrevista directa y la encuesta fue de tipo encuesta de derecho, que significa que la población del estudio estará constituida por todos los residentes habituales del hogar encuestado (110).

2.3. MÉTODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. Población

Para el desarrollo de la presente tesis, la población de estudio fue una subpoblación de la ENAHO que estuvo constituida por las personas que reportaron algún problema de salud (síntoma, enfermedad, recaída de enfermedad crónica, accidente o enfermedad crónica) y que no hayan buscado atención médica por al menos una de las siguientes razones:

- Lejanía del centro de salud
- Tiempo de espera prolongado
- Maltrato del personal de salud

La selección de la población de estudio se esquematiza en la Figura 2.2.

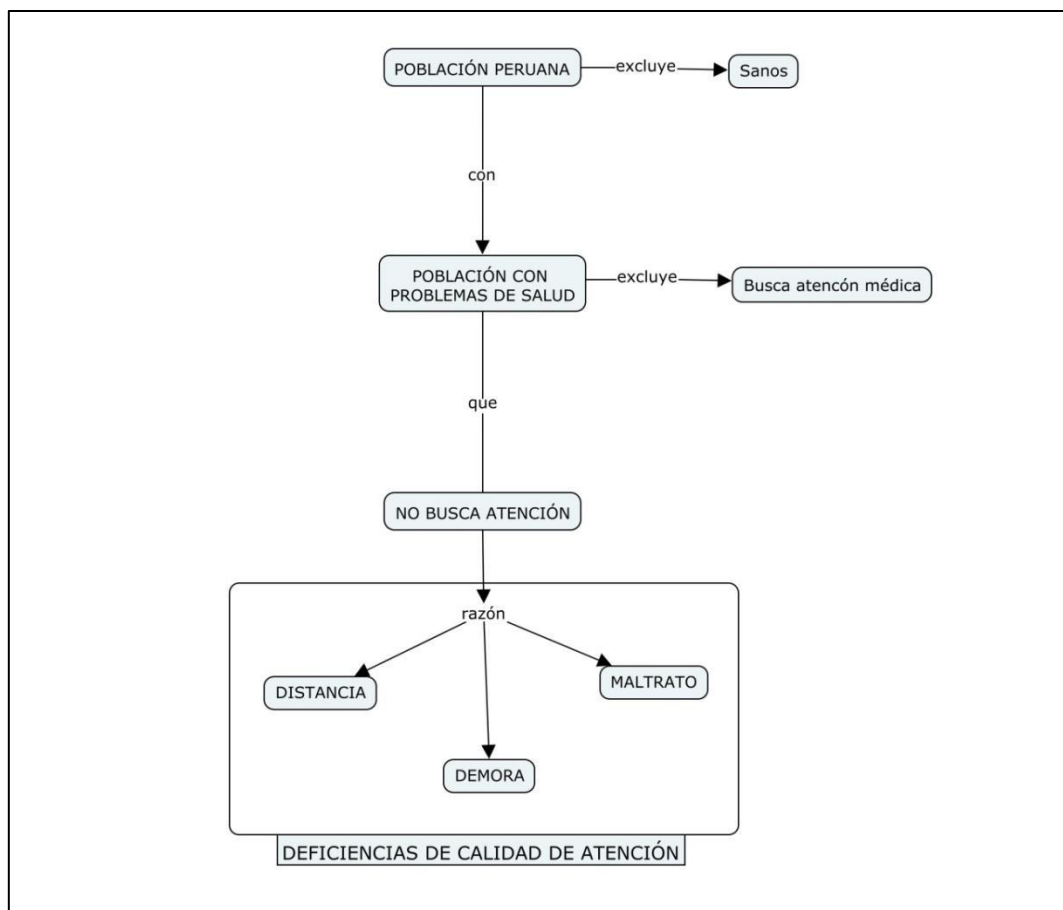


Figura 2.2. Población de estudio.

2.3.2. Marco muestral y unidades de muestreo

El marco muestral y las unidades de muestreo se tomaron del diseño realizado por la ENAHO. A continuación se mencionan los criterios de selección del estudio.

2.3.3. Criterios de selección de la investigación

2.3.3.1. Criterios de inclusión de la investigación

- Persona que refirió algún síntoma en las últimas 4 semanas y que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: distancia geográfica, tiempo de espera prolongado o maltrato del personal de salud.
- Persona que refirió alguna enfermedad en las últimas 4 semanas y que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: distancia geográfica, tiempo de espera prolongado o maltrato del personal de salud.

- Persona que refirió alguna recaída de enfermedad crónica en las últimas 4 semanas y que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: distancia geográfica, tiempo de espera prolongado o maltrato del personal de salud.
- Persona que refirió algún accidente en las últimas 4 semanas y que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: distancia geográfica, tiempo de espera prolongado o maltrato del personal de salud.
- Persona que refirió alguna enfermedad crónica y que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: distancia geográfica, tiempo de espera prolongado o maltrato del personal de salud.

2.3.3.2. Criterios de exclusión de la investigación

- Persona que no llenó completamente el cuestionario de la ENAHO.
- Persona ausente durante la entrevista de la ENAHO.
- Persona que rechazó dar información durante el entrevista de la ENAHO.
- Vivienda que se reporte como desocupada en la ENAHO.

2.3.4. Tamaño muestral

Se utilizó el tamaño muestral calculado por el INEI desde el año 2005 hasta el 2015 (110-120). El diseño muestral es el propuesto por la ENAHO y fue señalado anteriormente. Dado que la ENAHO fue realizada utilizando un diseño muestral complejo, se estimó la subpoblación de los que no buscaron atención médica utilizando los factores de expansión calculados para la encuesta. Los tamaños muestrales se presentan en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2. Tamaño muestral de hogares para la ENAHO 2005-2015

Año	Tamaño muestral (viviendas)
2005	21919
2006	21919
2007	22640
2008	22640
2009	22640
2010	22640
2011	26456
2012	26456
2013	31690
2014	31690
2015	33430

2.4. VARIABLES

- **Deficiencias en la calidad de atención en salud**

- **Accesibilidad geográfica:** Operacionalmente está definida como la opción 2 (“se encuentra lejos”) de la pregunta 409 (“Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro o establecimiento de salud”) del capítulo 400 (Salud) del cuestionario de la ENAHO.
- **Tiempo de espera prolongado:** Operacionalmente está definida como la opción 3 (“demoran mucho en atender”) de la pregunta 409 del capítulo 400 del cuestionario de la ENAHO.
- **Maltrato del personal sanitario:** Operacionalmente está definida como la opción 10 (“por el maltrato del personal de salud”) de la pregunta 409 del capítulo 400 del cuestionario de la ENAHO.

- **Características demográficas**

- **Edad.** Operacionalmente está definida por la pregunta 208 de la ENAHO.
- **Sexo.** Operacionalmente está definida por la pregunta 207 de la ENAHO.
- **Nivel educativo.** Operacionalmente está definido por la pregunta 301 de la ENAHO.
- **Ubicación geográfica.** Operacionalmente está definido por la variable “dominio” de la ENAHO.
- **Estrato geográfico:** Se consideró zona rural a las subcategorías 6 (centro poblado de menos de 401 viviendas) 7 (área de

empadronamiento rural compuesta) y 8 (área de empadronamiento rural simple) de la variable “estrato” de la ENAHO.

- **Características socioeconómicas**

- **Necesidades básicas insatisfechas:** El INEI usa como indicadores NBI los siguientes: a) población en viviendas con características físicas inadecuadas, b) población con viviendas con hacinamiento, c) población con viviendas sin servicios higiénicos, d) población en hogares con niños que no asisten a la escuela, e) población en hogares con alta dependencia económica (96).
- **Pobreza:** Para determinar a una persona como “pobre” se necesita que por lo menos tenga una necesidad básica insatisfecha. El INEI considera pobreza extrema a partir de dos necesidades básicas insatisfechas.

- **Características culturales**

- **Lengua materna:** Operacionalmente está definido por la pregunta 300 (¿cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?) del capítulo 300 (educación) de la ENAHO.

- **Salud**

- **Problemas de salud:** Operacionalmente está definido por la presencia de al menos una de las siguientes condiciones planteadas en la ENAHO:
 - Presencia de enfermedad crónica: pregunta 401, capítulo 400 de la ENAHO: “¿padece de alguna enfermedad o síntoma crónico?”
 - Síntoma o malestar en las últimas cuatro semanas: pregunta 402, capítulo 400 de la ENAHO: ¿en las últimas 4 semanas presentó algún(a)...? Opción 1: “síntoma o malestar”
 - Enfermedad: pregunta 402, capítulo 400 de la ENAHO: ¿en las últimas 4 semanas presentó algún(a)...? Opción 2: enfermedad.
 - Recaída de enfermedad crónica: pregunta 402, capítulo 400 de la ENAHO: ¿en las últimas 4 semanas presentó algún(a)...? Opción 3: recaída de enfermedad crónica.
 - Accidente: pregunta 402, capítulo 400 de la ENAHO: ¿en las últimas 4 semanas presentó algún(a)...? Opción 4: Accidente.

- **No búsqueda de atención:** Operacionalmente está definido por la opción 14 “No buscó atención” de la pregunta 403 “¿A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma, malestar y/o accidente”, capítulo 400 de la ENAHO.
- **Sistema de prestaciones de salud:** Operacionalmente está definida por la opción 1 (“EsSalud”), 2 (“Seguro privado de salud”), 3 (“Entidad prestadora de salud”), 4 (“Seguro FFAA-PNP”), 5 (“Seguro Integral de Salud”), 6 (“Seguro universitario”), 7 (“Seguro escolar privado”), 8 (“Otro”), 9 (“No está afiliado”) de la pregunta 419 (“El sistema de prestaciones de salud al cual Ud., está afiliado actualmente es:”) del capítulo 400 (Salud) de la ENAHO. A partir de la ENAHO 2012 la opción 9 (“No está afiliado”) no se encuentra en el cuestionario de la ENAHO, se consultó al personal técnico del proyecto ENAHO del INEI y refirieron que para determinar si una persona no se encuentra afiliada a un sistema de servicios de salud debió haber respondido “No” a las opciones 1 hasta la 8 de la pregunta 419.

Un esquema de la operacionalización d variables se muestra en el Anexo 7.1

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó la información de las encuestas realizadas por el INEI a través de la ENAHO desde el año 2005 hasta el 2015. Los instrumentos de recolección de datos se encuentran disponibles en el portal internet del INEI.

2.6. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis estadístico se realizó en cuatro etapas:

- **Gestión y evaluación de calidad de las bases de datos:** La ENAHO está dividida por capítulos y para el análisis poblacional se procedió a la fusión de los archivos de los capítulos de la ENAHO. Luego se realizó la depuración de las bases de datos a través de la selección de las encuestas que se encuentren completas.
- **Selección y gestión de variables:** Se seleccionaron los casos de las personas que refieran un problema de salud y que no buscan atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud. Posteriormente se seleccionaron las variables de interés para la investigación que están descritas

en la sección “Métodos”. Se excluyeron las variables no seleccionadas. Luego se recodificaron las variables seleccionadas para facilitar su estudio.

- **Análisis descriptivo:** Se utilizó el factor de expansión para estimar la población. El análisis univariado consistió en la determinación de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Las frecuencias y proporciones de las variables de interés fueron procesadas según año de evaluación y los datos se registraron en hojas de cálculo utilizando el programa Microsoft Excel 2010, con ello se ordenaron los datos según año de evaluación y se construyó la serie de tiempo.
- **Análisis inferencial:** Se utilizó la muestra sin expandir. Para cada uno de los atributos de la deficiencia de calidad de atención (lejanía, demora, maltrato), se ajustó un modelo de regresión logística múltiple considerando las características demográficas (edad, sexo, ubicación geográfica, lengua materna), educativas, económicas y afiliación a un seguro de salud.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación utilizó las bases de datos disponibles en internet de la ENAHO desde el año 2005 hasta el 2015, por tanto, no se realizó ninguna encuesta o intervención con persona alguna. La investigación no afectó el principio de autonomía, ni se realizó acción alguna que fuera perjudicial para las personas. Los datos disponibles no tienen identificación por nombre, apellido o número de documento nacional de identidad por tanto son anónimos y no se afecta la confidencialidad de las personas encuestadas por el INEI.

Con los resultados se espera que se realicen intervenciones sobre la calidad de atención en salud que tengan como resultado un mayor estado de bienestar y justicia para las personas en el país. La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina “San Fernando” de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (ver Anexo 7.2).

3. RESULTADOS

El estudio se realizó a través del análisis de las bases de datos de la ENAHO desde el año 2005 hasta el 2015. Se consideró como caso de deficiencia de calidad de atención sanitaria a la persona con algún problema de salud que no buscó atención médica por al menos una de las siguientes razones: “se encuentra lejos”, “demoran en atender” y “maltrato del personal médico”. En primer lugar se presentan los resultados del periodo

2005-2015, luego se describen los resultados del año 2015 y por último se muestran los factores asociados a la no búsqueda de atención por deficiencia de calidad de atención.

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PERUANA QUE NO BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA POR DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PERIODO 2005-2015.

3.1.1. POBLACIÓN PERUANA QUE AUTOREPORTÓ PROBLEMAS DE SALUD

El 55,6% (10 737 343) de la población peruana refirió algún problema de salud en el año 2005 y aumentó a 68,0% (16 270 216) en el año 2015. El incremento fue de 22,3% (Figura 3.1), (Tabla 7.1, Anexos).

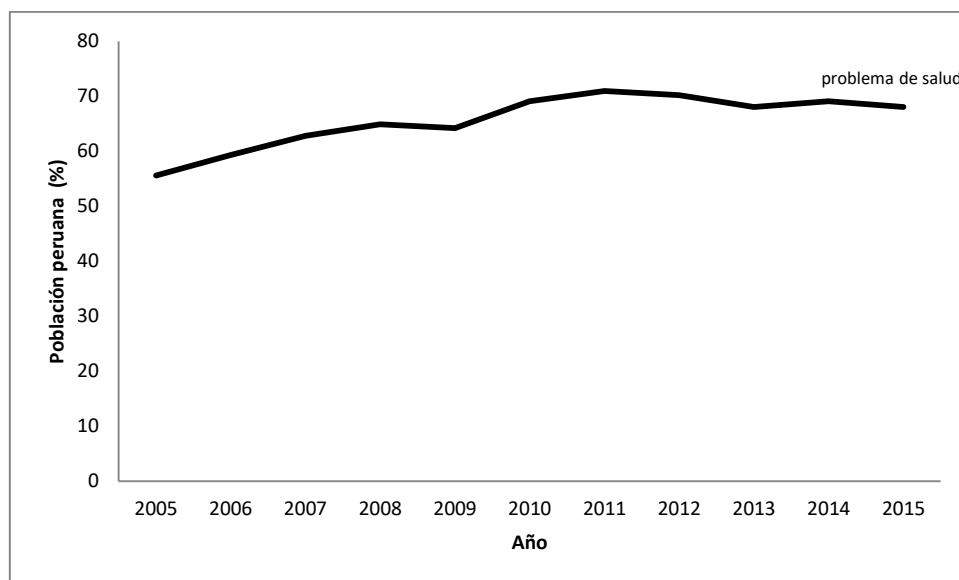


Figura 3.1. Población peruana que refiere algún problema de salud en el periodo 2005-2015.

3.1.2. POBLACIÓN PERUANA CON PROBLEMAS DE SALUD QUE NO BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA.

Se encontró un aumento de la cantidad absoluta de las personas que autoreportaron algún problema de salud que no buscaron atención médica de 5 952 269 en el año 2005 a 6 695 599 en el 2015 (Tabla 7.2, Anexos); sin embargo, la proporción disminuyó de 61,4% en el año 2005 a 47,2% en el 2015, lo que significó una disminución de 23,1% (Figura 3.2).

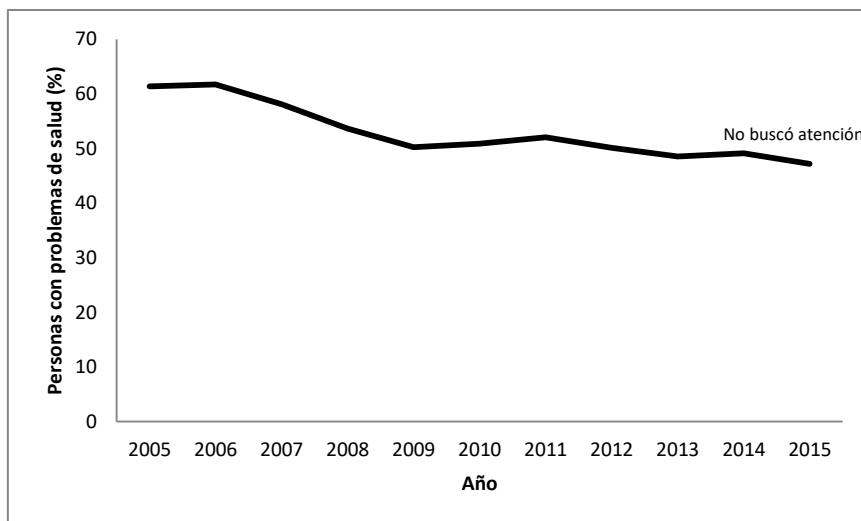


Figura 3.2. Población peruana que no buscó atención médica en el periodo 2005-2015.

En el periodo de estudio, las personas que no buscaron atención médica refirieron la automedicación y la utilización de remedios caseros como razón principal. La falta de dinero fue la tercera razón de no búsqueda de atención médica en el año 2005 (27,1%) y disminuyó a 7,3% en el año 2015 (Figura 3.3). La disminución fue de 73,1%.

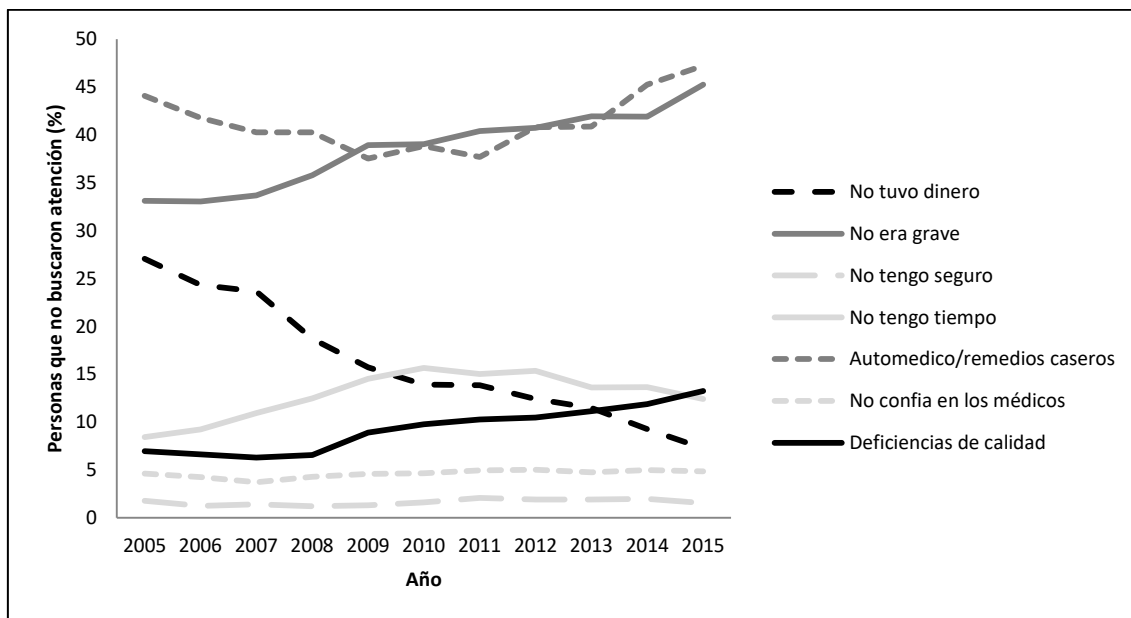


Figura 3.3. Razones de no búsqueda de atención médica en las personas que refirieron problemas de salud.

Se consideró como caso de deficiencia de calidad de atención sanitaria a la persona con algún problema de salud que no buscó atención médica por al menos una de las

siguientes razones: “se encuentra lejos”, “demoran en atender” y “maltrato del personal médico”. Las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el año 2005 fueron 414 514 (7,0%) y aumentaron a 888 668 (13,3%) en el año 2015. El incremento fue de 90,0%. (Figura 3.4) (Tabla 7.3, Anexos).

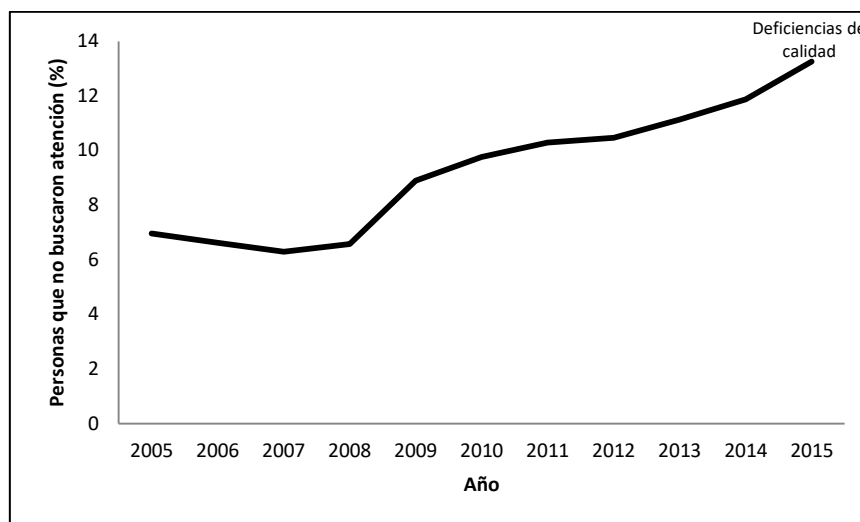


Figura 3.4. Población peruana que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención.

Se encontró un aumento de la proporción de las personas que no buscaron atención por maltrato del personal de salud de 22 500 (0,38%) en el año 2005 a 119 190 (1,78%) en el año 2015. El incremento fue de 368,4%. Las proporción de personas que no buscaron atención médica por demora en la atención aumentó de 97 189 (1,63%) a 459 061 (6,85%). El incremento fue de 320,2%. La proporción de personas que no buscaron atención médica por lejanía del centro de salud aumentó en 11% (Figura 3.5).

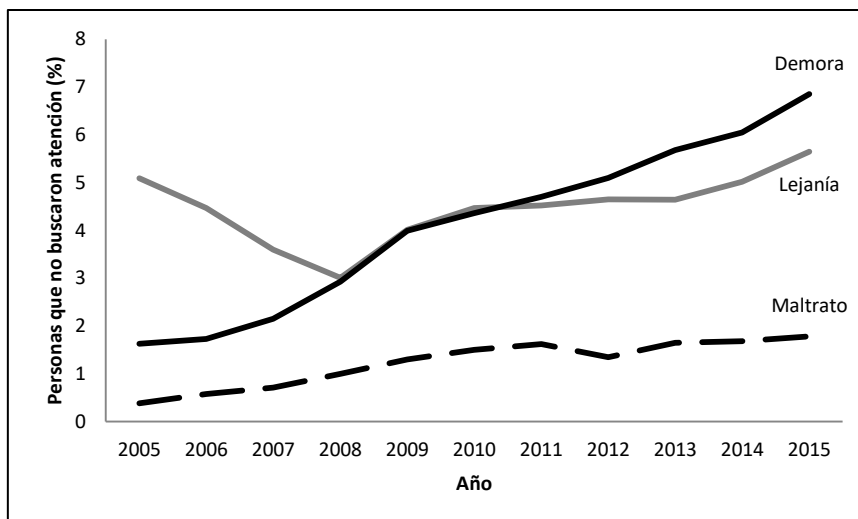


Figura 3.5. Dimensiones de la deficiencia de calidad de atención sanitaria.

Las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención fueron mayoritariamente mujeres, de edad comprendida entre 30 y 59 años, de educación primaria, residentes de zonas rurales y no pobres (Tabla 7.4, Anexos). Respecto al sexo, la mayoría de personas con problemas de salud que no buscaron atención médica en el periodo de estudio fueron mujeres (Figura 7.1, Anexos).

Las personas de 30 a 59 años fueron el grupo de mayor frecuencia entre las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención. El segundo grupo de mayor frecuencia fueron las personas mayores de 60 años. Este grupo presentó en el 2015 un aumento de 48,8% respecto del año 2005 en el caso de distancia geográfica, es decir, que aumentó la proporción de adultos mayores con problemas de salud que no buscaron atención médica por lejanía al centro de salud. Se encontró una disminución de la proporción de menores de 10 años con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención (Figura 7.2, Anexos), (Tabla 7.5, Anexos).

Las personas con educación primaria fueron las que menos buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención, este grupo refirió también lejanía del centro de salud, demora en atención y en maltrato (Figura 7.3, Anexos), (Tabla 7.6, Anexos). Las personas de lengua materna castellana mostraron la mayor proporción de no búsqueda de atención (Figura 3.9).

El segundo grupo fueron las personas de lengua materna quechua (Tabla 7.7, Anexos). Se encontró que las personas de lengua aimara mostraron un incremento en su proporción (78,3%).

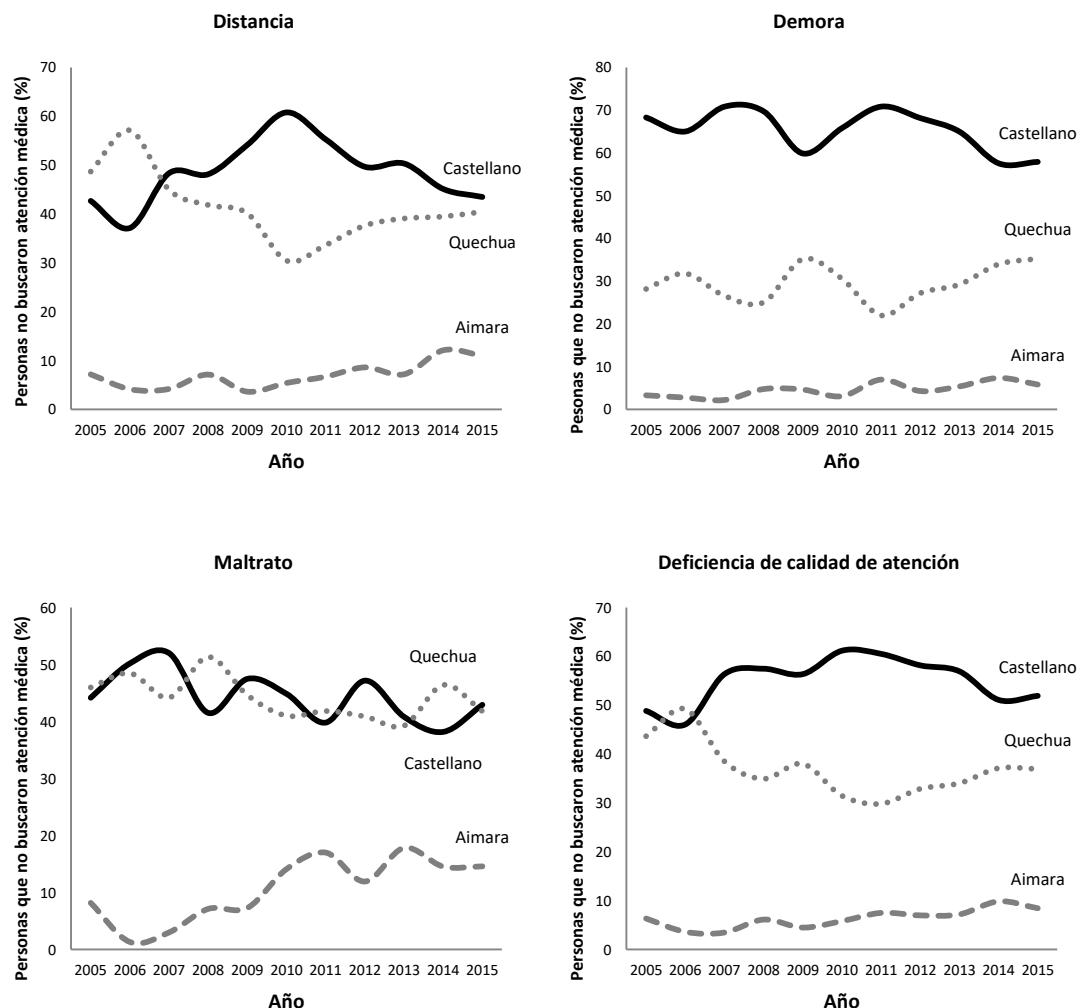


Figura 3.9. Lengua materna de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

La proporción de personas no pobres que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención aumentó de 142 760 (34,5%) en el año 2005 a 614 967 (69,2%). El incremento fue de 100,5%.

Las personas calificadas como pobres disminuyeron de 155 075 (37,4%) a 215 022 (24,2%) en el año 2015 con una disminución de 35,3%. La disminución de las pobres

extremas fue de 76,6% (Figura 3.10). En el caso de las personas que respondieron lejanía del centro de salud, se encontró que el incremento de las personas no pobres que no buscaron atención médica fue de 160% (Tabla 7.8, Anexos).

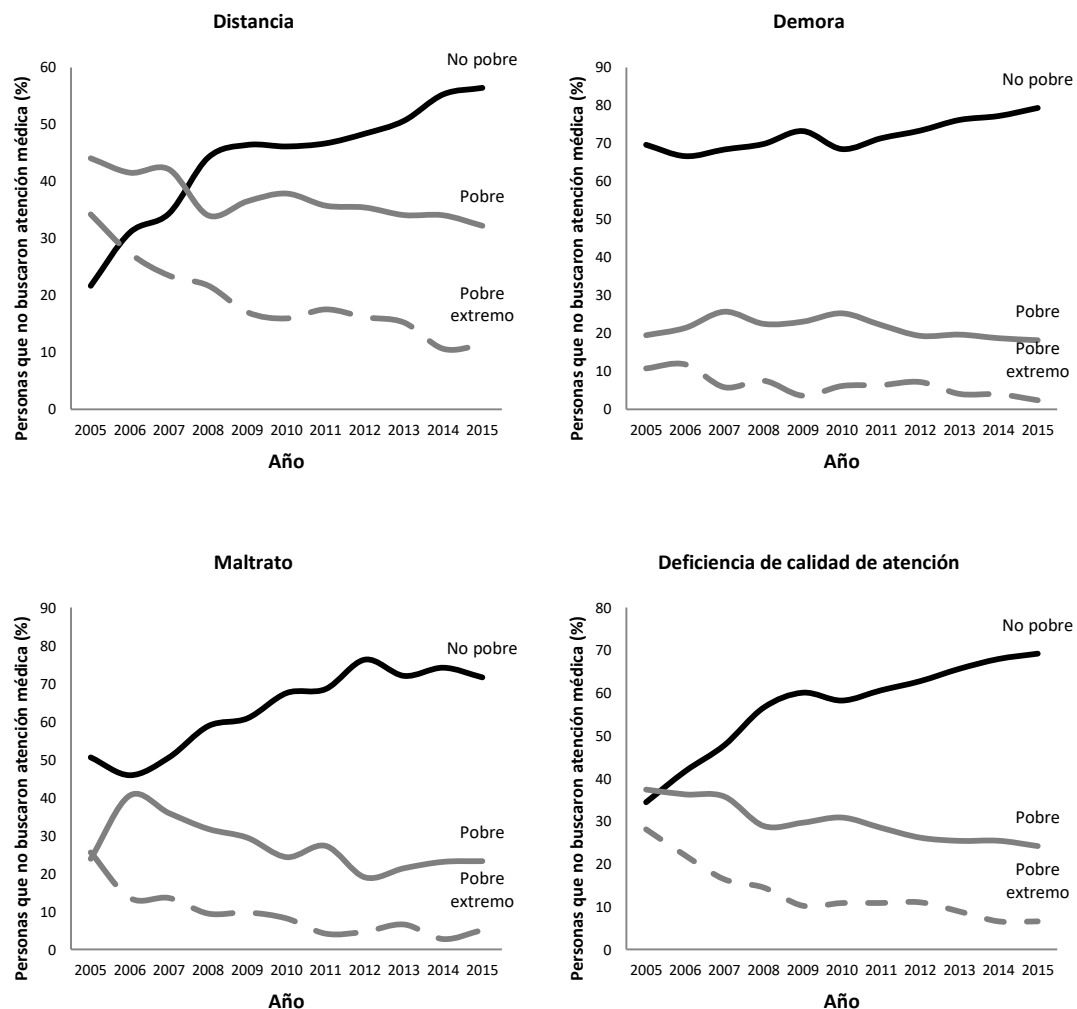


Figura 3.10. Nivel económico de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

Las personas residentes en zonas rurales fueron las que presentaron mayor proporción de no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención sanitaria (Figura 3.11). Esta distribución se repite en los casos de lejanía del centro de salud y de maltrato del personal de salud, pero se encontró que la mayoría de las personas residentes en zonas urbanas no buscaron atención médica por demora en la atención (Tabla 7.9, Anexos).

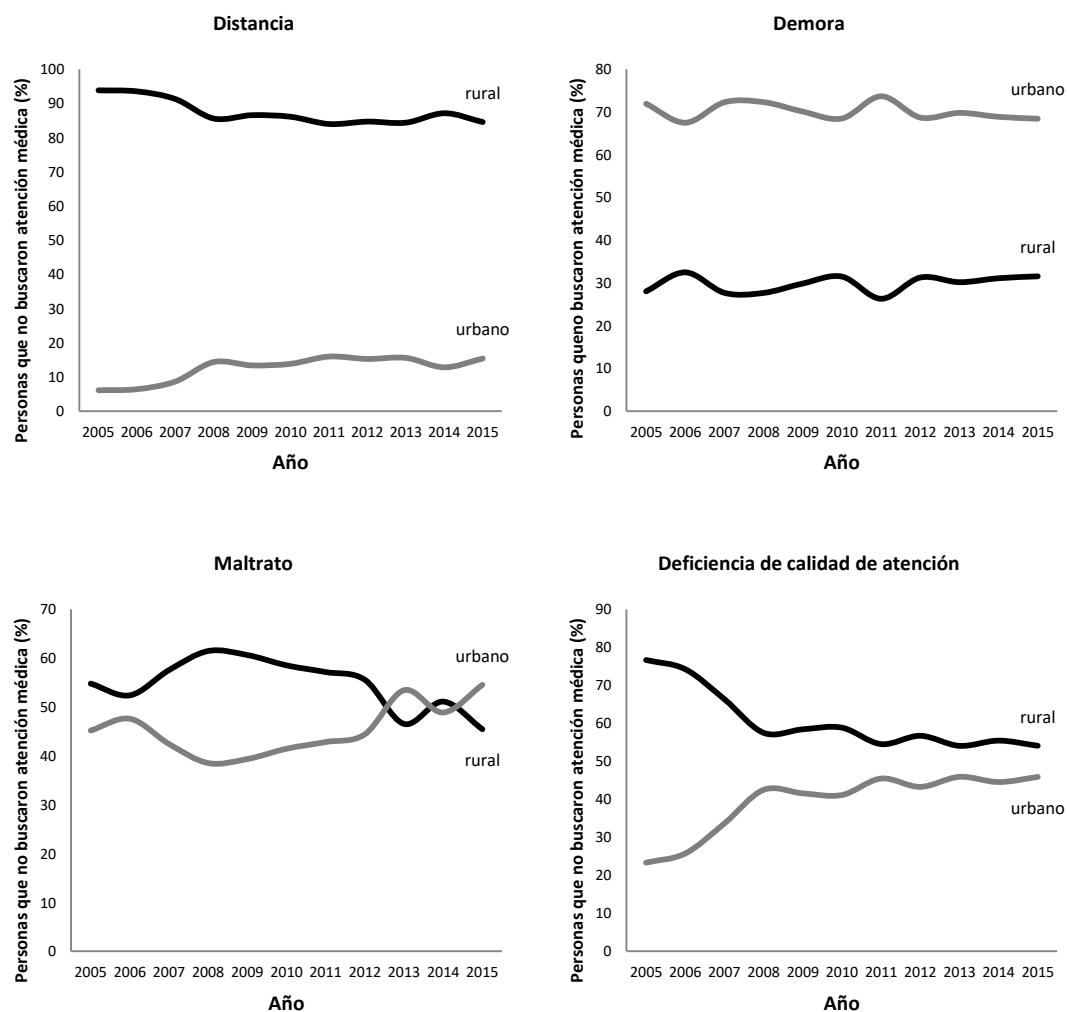


Figura 3.11. Zona de residencia de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

El incremento de la proporción de las personas aseguradas en el SIS que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención fue de 62 225 (14,9%) en el año 2005 a 556 822 (62,7%) en el año 2015. El incremento fue de 320%. El incremento de las personas aseguradas en el SIS que no buscaron atención por lejanía del centro de salud fue de 54 358 (17,9%) en el año 2005 a 276 640 (73,0%) en el año 2014. El incremento fue de 307%. El aumento por demora en la atención fue de 6 598 (6,6%) a 249 124 (54,3%) en el año 2015. El incremento fue de 719%. El aumento por maltrato del personal de salud fue de 2 622 (11,7%) en el año 2005 a 76 384 (64,1%) en el año 2015. El aumento fue de 450% (Tabla 7.10, Anexos).

Se encontró un incremento de la proporción de las personas afiliadas a Essalud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención de 49 985 (12,0%) en el año 2005 a 145 941 (16,4%) en el año 2015. El incremento fue de 36,9%. Se encontró un incremento del número de asegurados a EsSalud que no buscaron atención médica por lejanía al centro de salud de 13 558 (4,5%) en el año 2005 hasta 30 393 (8,0%) en el año 2015. El incremento porcentual fue de 79,4%. Se encontró una disminución de 30,3% en los asegurados a EsSalud que no buscaron atención médica por tiempo de espera prolongado y una disminución de 5% en la proporción de personas que no buscaron atención médica por maltrato del personal de salud (Figura 3.12).

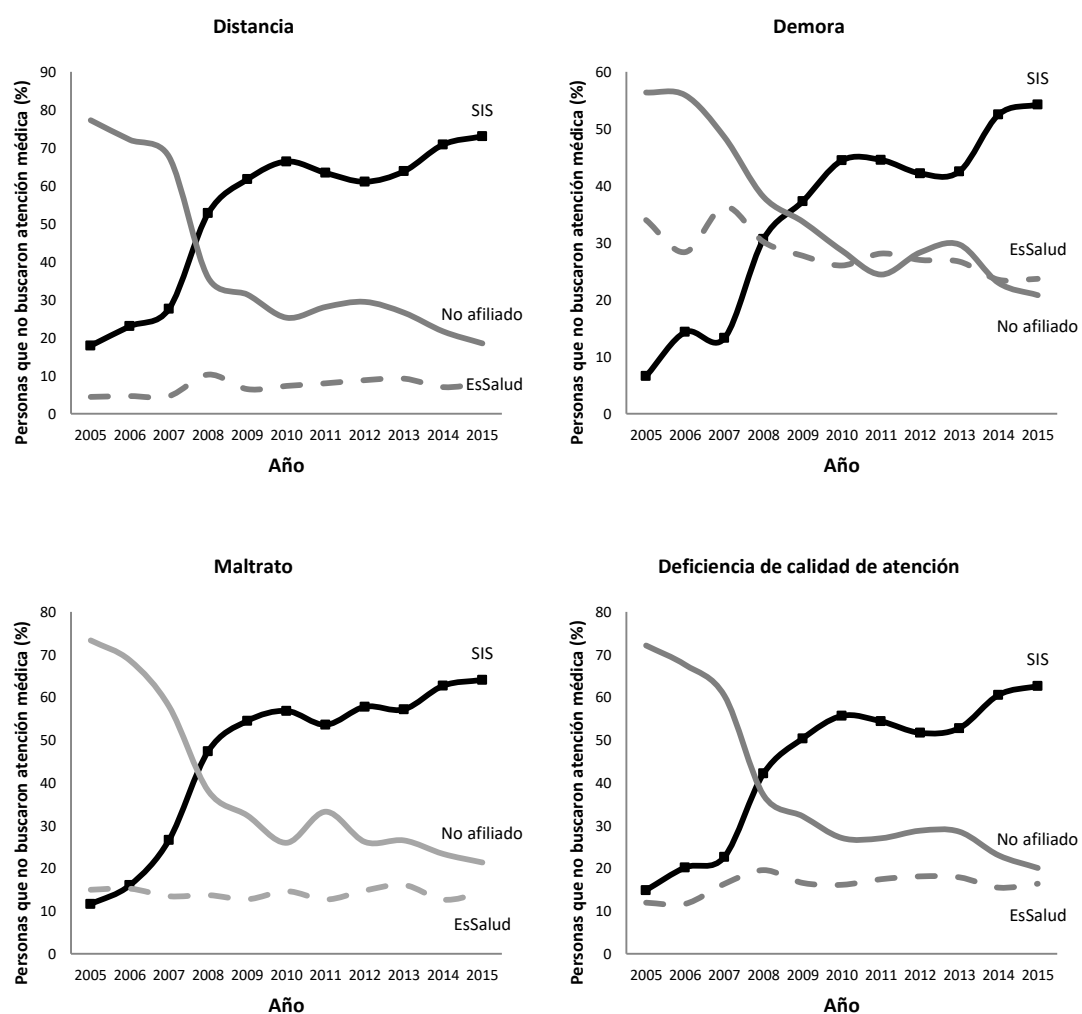


Figura 3.12. Sistema de seguro de salud de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PERUANA CON PROBLEMAS DE SALUD QUE NO BUSCAN ATENCIÓN MÉDICA POR DEFICIENCIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL AÑO 2015.

Las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica en el año 2015 fueron 9 045 151. Las principales causas de no búsqueda fueron la percepción de que el problema de salud no fue grave (45,3%), la automedicación (24,8%) y uso de remedios caseros (22,5%) (Figura 3.13). Las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención fueron 957 081 (13,3%). La razón más frecuente fue la demora de la atención (459 061; 51,6%), seguido de la distancia geográfica (378 830; 42,6%) y el maltrato del personal de salud (119 190; 13,4%).

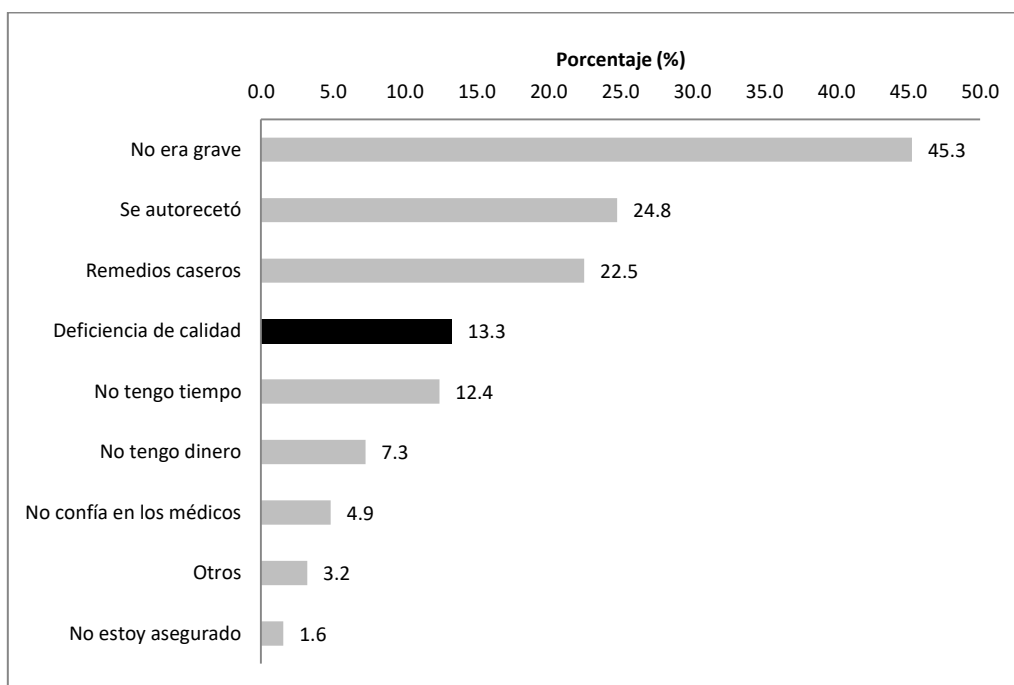


Figura 3.13. Causas de no búsqueda de atención médica en la población peruana con problemas de salud en el año 2015.

Las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencias de calidad de atención se resumen en la Tabla 3.1. La mayoría son mujeres, mayores de 30 años, de nivel educativo primario, de lengua materna castellana, no pobres y afiliadas al SIS. Esta distribución se repite en las tres categorías con que se califica la deficiencia de calidad de atención: distancia, demora y maltrato. Se observó que la mayoría de las personas que no buscan atención médica por distancia residen en zonas rurales (84,6%) y que las personas que no buscan

atención médica por demora en atención y maltrato residen en zonas urbanas (68,4% y 54,5%, respectivamente).

Tabla 3.1. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de calidad de atención en el año 2015.

	Distancia		Demora		Maltrato		Calidad	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Mujer	213254	56,3	260970	56,9	72761	61,1	503991	56,7
Hombre	165576	43,7	198091	43,2	46429	39,0	384677	43,3
Edad (años)								
<10	63116	16,7	52184	11,4	12940	10,9	120302	13,5
10-19	32343	8,5	34716	7,6	7321	6,1	70674	8,0
20-29	38911	10,3	55886	12,2	10479	8,8	98292	11,1
30-59	130905	34,6	210378	45,8	49236	41,3	364644	41,0
>60	113555	30,0	105897	23,1	39214	32,9	234756	26,4
Nivel educativo								
Sin nivel	95173	25,1	57581	12,5	28646	24,0	164049	18,5
Primaria	199501	52,7	187469	40,8	52165	43,8	405955	45,7
Secundaria	68590	18,1	157071	34,2	28058	23,5	242187	27,3
Superior	15485	4,1	56892	12,4	10309	8,7	76340	8,6
Lengua materna								
Castellano	164754	43,5	265842	57,9	51172	42,9	461412	51,9
Quechua	153326	40,5	161988	35,3	49840	41,8	328275	37,0
Aimara	41636	11,0	26823	5,8	17397	14,6	75185	8,5
Otros†	19033	5,0	4360	1,0	769	0,6	23659	2,6
Nivel económico*								
No pobre	213684	56,4	364211	79,4	85338	71,6	614967	69,2
Pobre	122060	32,2	83631	18,2	27719	23,3	215022	24,2
Pobre extremo	43005	11,4	11171	2,4	6121	5,1	58542	6,6
Ubicación								
rural	320365	84,6	144908	31,6	54178	45,5	480779	54,1
urbano	58465	15,4	314153	68,4	65012	54,5	407889	45,9
Afiliación a seguro								
SIS	276640	73,0	249124	54,3	76384	64,1	556822	62,7
No afiliado	70235	18,5	95565	20,8	25498	21,4	178606	20,1
EsSalud	30393	8,0	108744	23,7	16998	14,3	145941	16,4
Otros	1562	0,4	5629	1,2	310	0,3	7300	0,8

* Evaluación según método NBI, † lenguas nativas, lenguas extranjeras, otros,

Respecto a la localización geográfica se encontró que la mayoría de personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencias de calidad de atención residen en Cusco (30,8%), Puno (28,8%) y Tacna (21,7%) (Figura 3.14). Es decir, que en Cusco, el 31% de las personas con problemas de salud no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el año 2015.

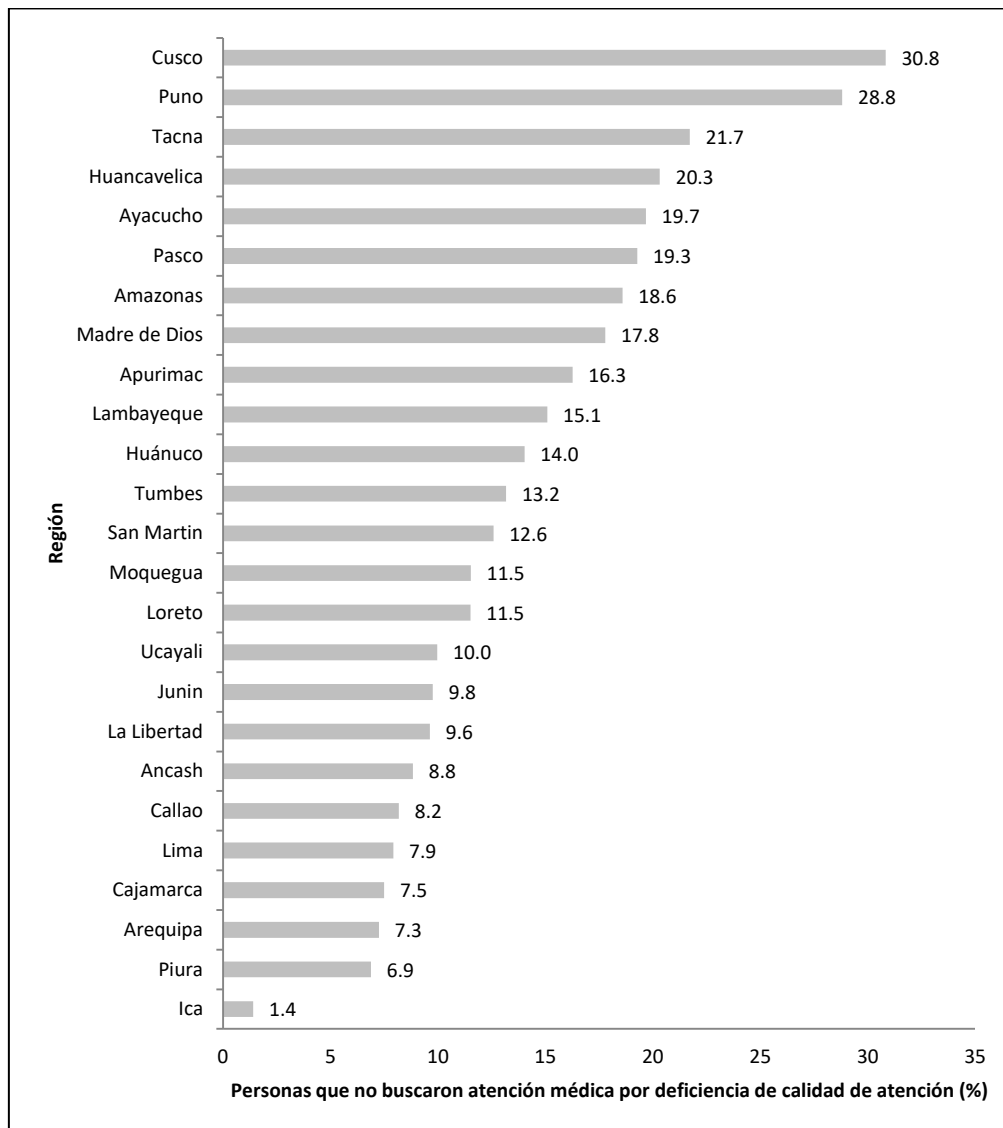


Figura 3.14. Localización geográfica de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el año 2015.

Se ajustó un modelo de regresión logística sobre la muestra de la ENAHO para determinar los factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención. Los factores que están asociados a las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención se muestran en la Tabla 3.2. Se encontró que las personas de sexo femenino tienen 1,18 más

probabilidades de no buscar atención médica por deficiencia de calidad de atención en comparación con los varones (OR=1,17; IC95%: 1,10 a 1,25) y que las personas mayores de 60 años tienen 2,64 veces más probabilidades de no buscar atención en comparación con los menores de 10 años (OR=2,57; IC95%: 2,35 a 2,97), las personas que habitan en la región sierra tienen 1,90 veces más probabilidades de no buscar atención médica por deficiencia de calidad de atención en comparación con las personas que residen en la costa (OR=1,90; IC95%: 1,73 a 2,09), las personas que viven en zona rural tienen 1,63 más probabilidades de no buscar atención en comparación con las personas que viven en zona urbana (OR=1,63; IC95%: 1,51 a 1,76). Las personas con lengua materna quechua tienen más probabilidades de no buscar atención médica por deficiencia de calidad de atención en comparación con las personas de lengua materna castellana (OR=1,74; IC95%: 1,61 a 1,89), las personas de lengua materna aimara también tienen más probabilidades de no buscar atención médica (OR=3,55; IC95%: 3,10 a 4,07). En el caso de la situación económica, las personas pobres tienen más probabilidades de no buscar atención médica en comparación con las personas no pobres (OR=1,25; IC95%: 1,16 a 1,34), en el caso de los pobres extremos la probabilidad es mayor (OR=1,37; IC95%: 1,21 a 1,55). En la Tabla 3.5 se muestran los *odds ratio* para los casos de lejanía del centro de salud, demora en atención y maltrato del personal de salud.

Tabla 3.2. Factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención en personas con problemas de salud en el año 2015.

	Lejanía	Demora	Maltrato	Calidad
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Sexo				
Hombre	1			
Mujer	1,13(1,03 – 1,24)	1,23(1,13 – 1,35)	1,12(0,92 – 1,36)	1,17(1,10 – 1,25)
Edad (años)				
<10	1			
10-19	1,03(0,86 – 1,24)	1,02(0,82 – 1,26)	1,38(0,86 – 2,22)	1,05(0,92 – 1,21)
30-59	1,47(1,27 – 1,70)	1,83(1,53 – 2,19)	2,48(1,70 – 3,64)	1,74(1,55 – 1,94)
>60	2,65(2,27 – 3,10)	2,20(1,82 – 2,65)	3,25(2,21 – 4,79)	2,64(2,35 – 2,97)

Tabla 3.2. Factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención en personas con problemas de salud en el año 2015 (continuación).

	Lejanía	Demora	Maltrato	Calidad
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Nivel educativo				
Sin nivel	1			
Primaria	0,91(0,81 – 1,03)	1,16(1,00 – 1,35)	0,69(0,53 – 0,89)	0,96(0,88 – 1,05)
Secundaria	0,55(0,47 – 0,65)	1,05(0,88 – 1,25)	0,51(0,36 – 0,71)	0,73(0,65 – 0,82)
Superior	0,39(0,30 – 0,52)	0,71(0,58 – 0,88)	0,36(0,23 – 0,57)	0,53(0,45 – 0,61)
Región				
Costa	1			
Sierra	2,34(1,96 – 2,79)	1,64(1,45 – 1,84)	2,43(1,84 – 3,22)	1,90(1,73 – 2,09)
Selva	2,08(1,72 – 2,52)	1,35(1,17 – 1,55)	1,34(0,95 – 1,89)	1,59(1,43 – 1,77)
Localización				
Urbano	1			
Rural	7,18(6,11 – 8,43)	0,65(0,58 – 0,73)	0,91(0,73 – 1,14)	1,63(1,51 – 1,76)
Lengua materna				
Castellano	1			
Quechua	1,65(1,48 – 1,84)	1,94(1,73 – 2,18)	2,03(1,61 – 2,57)	1,74(1,61 – 1,89)
Aimara	3,53(2,93 – 4,26)	3,05(2,49 – 3,74)	5,53(4,00 – 7,65)	3,55(3,10 – 4,07)
Otra lengua nativa†	1,71(1,42 – 2,07)	0,67(0,41 – 1,09)	0,28(0,07 – 1,16)	1,55(1,30 – 1,84)
Otros†	0,94(0,41 – 2,15)	1,44(0,64 – 3,24)	0,87(0,12 – 6,24)	1,20(0,68 – 2,11)
Nivel económico*				
No pobre	1			
Pobre	1,48(1,34 – 1,64)	0,98(0,87 – 1,10)	1,16(0,93 – 1,45)	1,25(1,16 – 1,34)
Pobre extremo	1,86(1,68 – 2,16)	0,63(0,48 – 0,83)	1,07(0,69 – 1,69)	1,37(1,21 – 1,55)
Seguro				
EsSalud	1,36(0,64 – 2,88)	1,97(1,31 – 2,95)	2,25(0,58 – 8,75)	1,80(1,26 – 2,58)
SIS	1,27(0,60 – 2,66)	1,76(1,17 – 2,64)	3,13(0,81 – 12,08)	1,62(1,14 – 2,32)
No asegurado	1,48(0,70 – 3,12)	1,22(0,81 – 1,84)	2,76(0,71 – 10,67)	1,49(1,04 – 2,13)

* Evaluación de pobreza según método NBI.

† Otras lenguas nativas, portugués, otras lenguas extranjeras y sordomudos.

4. DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo estimar las características de la población peruana que no buscó atención médica por deficiencias de calidad de atención en el periodo 2005-2015. La proporción de personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención aumentaron en los once años de estudio y las categorías que mostraron mayores cambios fueron la demora en atención y el maltrato del personal de salud. Las características más frecuentes de la población peruana que no buscaron atención fueron el sexo femenino, la edad comprendida entre 30 y 59 años, el nivel educativo primario, la lengua materna castellana, ser residentes de

zonas rurales, no pobres según el método NBI y afiliados al SIS. En el análisis temporal se encontró que la proporción de personas no pobres que no buscaron atención médica incrementó, se encontró también una disminución de la brecha urbano-rural y se incrementó la proporción de personas afiliadas al SIS que no buscaron atención médica.

Una posible explicación del incremento de personas que no buscan atención por deficiencia de calidad de atención es por el aumento de personas que buscan atención médica y que se encontraron con un servicio de salud deficiente y precario. En los últimos años se implementaron políticas para mejorar el acceso a la salud de la población con énfasis en la población rural y pobre a través de la disminución de las barreras económicas con la reducción de los niveles de pobreza en un contexto de crecimiento económico (121) que favoreció el incremento del PBI per cápita en salud (122), así como el aumento de la cobertura de la población al SIS (123), el desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (124) y la reorganización del SERUMS con aumento de los puestos de trabajo en zonas rurales para médicos egresados recientemente (125, 126), de tal manera que las personas tengan la capacidad económica para buscar atención médica, estar cubiertas por un seguro y recibir atención médica. En otras palabras, se creó una situación que favoreció el aumento de la demanda de los servicios de salud. Esto se reflejó en el aumento de número de atenciones de asegurados en el SIS que pasaron de 44 millones en el año 2011 a 65 millones en el año 2015 (127) con mayor proporción del primer nivel de atención (128).

Sin embargo, este aumento de la demanda de servicios de salud se dio en un contexto donde la oferta de servicios resultó precaria y deficiente (129). La oferta de servicios sanitarios se caracterizó por la calidad cuestionable del personal de salud.

La formación deficiente se evidenció con la falta de campo clínico que está por debajo de los estándares internacionales (130), las proporciones elevadas de alumnos reprobados (36%) en el Examen Nacional de Medicina (ENAM) (131) y la desarticulación entre la formación en salud y el trabajo médico (132). El SERUMS ofrece un servicio con médicos recién egresados, sin experiencia, expuestos a riesgos y obligados a realizarlo a cambio de tener la autorización del Estado para postular a la especialización en el país (6, 133). Y a esto se añade que la deficiencia de personal de salud sigue siendo un problema vigente: en el año 2006 la OMS reportó que el Perú se encuentra en crisis de recursos humanos en salud por la densidad de recursos humanos menor de 2,3 x 1000 habitantes (134), densidad que aumentó a 27,4 x 10000 habitantes en el 2013 (135), pero que sigue siendo una de las más bajas de

América Latina y el Caribe (136). Otra de las características de la oferta del personal de salud es la precariedad e inestabilidad laboral, los regímenes de contratos que generan inequidad y precarización (126, 137), los salarios bajos que genera insatisfacción del personal de salud (138, 139) y migraciones que, por ejemplo, entre el 2004 y 2008 aumentaron las migraciones de médicos en 281% (126) y protestas de los gremios de personal de salud que del año 2005 al 2010 aumentaron en más del 600% donde los principales reclamos fueron por los salarios (126). Otro punto de la situación de la oferta de servicios de salud en el país fue el estado de los servicios de salud: en el año 2006 se realizó una evaluación de la infraestructura de los establecimientos de salud y se encontró que el 50% de los establecimientos se encontraron parcialmente deteriorados y que el 50% de los establecimientos presentó daños en las instalaciones de agua y desagüe (140). Además, otro punto importante de la oferta de servicios de salud es la desorganización existente entre los sistemas prestadores de servicios de salud, la existencia de varios sistemas (Minsa, EsSalud, Fuerzas Armadas, privados), genera desorganización en las inversiones, conflictos interinstitucionales y desorden normativo (132). Asimismo, un aspecto discutido es la corrupción en los servicios de salud. En el Perú se han descrito casos de corrupción caracterizado por ausentismo laboral, compra de puestos de trabajo, vulnerabilidades en la gestión de medicamentos, suministros y los riesgos de corrupción en la adquisición de medicamentos y equipos médicos (141).

Entonces, en los últimos años se desarrolló un panorama de aumento progresivo de la demanda de servicios de salud asociado a una oferta deficiente reflejado a través de las percepciones de demora en atención y maltrato del personal de salud. Situación que explica los resultados de la investigación.

Se desarrolló un modelo de regresión logística para determinar los factores asociados a la no búsqueda de atención médica por deficiencia de calidad de atención. Se encontró que las mujeres tienen más posibilidades de no buscar atención médica en comparación a los hombres, las personas adultas y adultas mayores tienen más posibilidades de no buscar atención en comparación con los menores de 10 años, las personas con más años de estudio tienen menos posibilidades de no buscar atención en comparación con las personas sin nivel educativo, los residentes en zonas rurales tienen más posibilidades de no buscar atención médica en comparación a las personas de zonas urbanas, las personas de lengua materna quechua y aimara en comparación con los de lengua materna castellana, los pobres y pobres extremos y el estar afiliado o no a un sistema de seguros de salud. Estos resultados contrastan a los

encontrados en otros estudios donde el sexo es un factor asociado a la búsqueda de atención (20). Según algunos autores, una explicación de este hecho es que la mujer en el Perú tiene el rol de cuidadora de la salud en el hogar (142). Sin embargo, en otros países se encontró que los hombres tienen más probabilidades de buscar atención médica en comparación que las mujeres (77, 143). Se encontró también que los adultos y adultos mayores tienen menos probabilidades de buscar atención, estos resultados se condicen con los encontrados en Indonesia donde el 68,6% de los adultos mayores no visitan regularmente los establecimientos de salud de atención primaria, situación relacionada con la calidad de los servicios de atención sanitaria (144). Sin embargo, otros autores mencionan que los niños y ancianos son quienes utilizan más los servicios de salud (20), en este caso, cabe resaltar que los autores describen un panorama general y no uno centrado en las deficiencias de calidad de atención. El nivel educativo es también señalado como un factor asociado a la búsqueda de atención médica. Las personas de niveles educativos bajos utilizan más los servicios de salud (71, 143), o dan un uso inadecuado de éstos (102). Sin embargo, en un estudio realizado en Tanzania se encontró que las personas de niveles de educación superior tienen más posibilidades de buscar atención médica para el cuidado postnatal (19), mientras que otros autores señalan que las personas con mayor educación utilizan más consultas (20).

Los residentes de zonas rurales mostraron mayores probabilidades de no buscar atención médica por deficiencia de calidad de atención, este problema fue encontrado en varias investigaciones en la región andina (40, 142, 145). Otro factor encontrado fue la lengua materna, se encontró que las personas de lengua materna quechua y aimara tienen más probabilidades de no buscar atención por deficiencia de calidad de atención en comparación con las personas de lengua materna castellana, esta situación es reflejada en las investigaciones realizadas en Bolivia donde los indígenas quechuas y aimaras refieren que no acuden a los establecimientos de salud porque no se dan las condiciones mínimas para una atención que ellos consideran de calidad, muestran desconfianza hacia los médicos que trabajan en zonas rurales dado que los consideran “practicantes” y refieren casos de maltratos por parte del personal de salud (40). En el Perú se observó que la atención en zonas rurales son con personal de salud mestizo o de zona urbana que no conoce la lengua de la zona donde atiende (142). Un factor importante en la atención médica de calidad es la comprensión de la lengua del paciente, factor que favorece también la integración del personal médico en la comunidad (146). En la investigación se encontró que las personas no pobres fueron quienes presentaron la mayor frecuencia de no búsqueda de atención, sin

embargo, las personas pobres y pobres extremas tienen más probabilidades de no buscar atención médica en comparación con las no pobres. Estos resultados contrastan con algunos autores que mencionan que las personas de bajo nivel económico buscan más los servicios médicos (20, 143). Un estudio realizado en Irán mostró que los ingresos económicos son los predictores más efectivos de la utilización de los servicios de salud (71). Por otra parte, es importante mencionar que en los países de Asia, durante el periodo de transiciones económicas, se encontró que el crecimiento económico elevó los ingresos de los hogares, situación que favoreció el uso de los servicios de salud, mientras que los países en recesión económica mostraron caídas en los niveles de calidad de atención (99). En el Perú, según los resultados de esta investigación, se muestra una situación de crecimiento económico, con aumento del acceso a los servicios de salud pero con un incremento de las personas que no buscan atención médica por deficiencia de calidad de atención. Respecto a la situación de las personas afiliadas al SIS, una explicación es la mostrada al inicio de la discusión.

Las fortalezas de la investigación están en que se basan en los datos oficiales del país con una base de datos nacional que explora las características de los hogares. Se aborda una de las prioridades de investigación en el país que es la calidad de atención y se presentan resultados que no se evidenciaron en otros estudios consultados en el país. Además se realiza un análisis temporal de los resultados en un periodo de 11 años de tal manera que se puede observar los cambios de las características estudiadas en el periodo de tiempo mencionado. Por lo tanto, se muestran resultados nuevos, originales y de impacto en la salud pública del país. Hecho que propicia el replanteamiento de las políticas sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Entre las limitaciones que presenta la investigación se señala que se utilizó una fuente de datos secundaria que es la base de datos de la ENAHO, por lo tanto, esta investigación adolece de las limitaciones con que fue realizada la encuesta. Entre ellas las limitaciones de la recolección de información y el potencial efecto de no reflejar con exactitud la realidad que se pretende mostrar como lo planteó Ramírez-Hita (147) que mencionó que los estudios epidemiológicos realizados inapropiadamente repercuten de modo desfavorable en las intervenciones en salud. Por otra parte, la cantidad de encuestas incompletas puede afectar los resultados: en el análisis previo de la ENAHO 2014 se encontró que el 79,2% de las encuestas estuvieron completas lo cual muestra un porcentaje importante de encuestas incompletas. Otra limitación del estudio está en

que la investigación tomó los datos de la ENAHO que es una encuesta diseñada para evaluar las características de las viviendas y pobreza en el país, sin embargo, los datos son útiles para poder reflejar la situación de la utilización de los servicios de salud en el país.

A partir de los resultados encontrados se puede sugerir que se desarrollen nuevas investigaciones que evalúen con profundidad los hallazgos encontrados en este estudio. Asimismo, se sugiere que se desarrollen nuevos indicadores más precisos para evaluar la calidad de atención de tal manera que se pueda tener un instrumento confiable para su evaluación y que no solo estudie la oferta de servicios de salud sino las percepciones de las personas en general. Otra sugerencia que se desprende del estudio es la implementación de políticas sanitarias que permitan una disminución de la proporción de personas que no buscan atención por maltrato del personal de salud y por demora en la atención. Los resultados muestran el aumento de la proporción de personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención a pesar del aumento del acceso a los servicios de salud. Situación que invita a un replanteamiento de la situación de la calidad de atención en el país.

5. CONCLUSIONES

La proporción de personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención sanitaria aumentó en 49,4% en el periodo 2005-2015. Las categorías que presentaron mayor incremento fueron el maltrato del personal de salud (368,4%), la demora en atención (320,2%) y la lejanía del centro de salud (11%).

Las características más frecuentes de la población peruana con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención fueron sexo femenino, edad comprendida entre 30 y 59 años, de educación primaria, de lengua materna castellana, no pobres, habitantes de zona rural y afiliados al SIS. Las regiones con mayor proporción de personas que no buscaron atención médica fueron Cusco, Puno y Tacna. Una posible explicación de estos resultados está relacionada con el aumento de la demanda de los servicios de salud favorecida por las políticas de acceso a la salud y disminución de la pobreza que se enfrentó a una oferta precaria y deficiente caracterizada por personal poco calificado, con un servicio rural ejercido por médicos recién egresados, con regímenes laborales insatisfactorios, infraestructura precaria, un sistema de salud fragmentado y en riesgo de corrupción. Resulta importante el desarrollo de más investigaciones que profundicen en esta área para

implementar nuevas políticas sanitarias que mejoren la calidad de atención y aseguren una atención de calidad para todas las personas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos: Organización de las Naciones Unidas; [cited 2016 11 Jul]. Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
2. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Organización de las Naciones Unidas; [cited 2016 11 Jul]. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
3. Bustíos C. El sector salud en el Perú: 1968-1980. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. 1° ed. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2007. p. 122-3.
4. Lip C, Lazo O, Brito P. El trabajo médico en el Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
5. Bustíos C. El sector salud en el Perú: 1968-1980. Crisis de los sistemas de salud y de seguridad social en el Perú: 1968-1990. 1° ed. Lima: Facultad de Medicina UNMSM; 2007. p. 134.
6. Mayta-Tristán P, Poderico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):781-7.
7. Bustíos C. Atención integral del niño, adolescente y salud reproductiva. Perú: 1992-2002. La mujer y el niño en la historia de la salud pública peruana: 1935-2002. 1° ed. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. p. 197.

8. Ministerio de Salud. Análisis en el acceso a los servicios de salud en el Perú. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2012. p. 49.
9. Defensoría del Pueblo [internet]. En supervisión a hospitales públicos, Defensoría del Pueblo verifica que pacientes realizan colas durante la madrugada para obtener citas en hospitales de Lima Lima: Defensoría del Pueblo; 2014 [updated 2014 9 May; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2014/NP-086-14.pdf>.
10. Defensoría del Pueblo [internet]. Defensoría del Pueblo reitera preocupación por situación de mujeres gestantes afectadas por periodos de espera Lima: Defensoría del Pueblo; 2014 [updated 2014 13 Mar; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2014/NP-046-14.pdf>.
11. Defensoría del Pueblo [internet]. Defensoría del Pueblo insta al sistema de salud a garantizar la calidad de la atención y el buen trato al paciente Lima: Defensoría del Pueblo; 2015 [updated 2015 12 Ago; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2015/NP-171-2015.pdf>.
12. López Córdova VG. Evaluación de la calidad de servicio desde la perspectiva del usuario externo del consultorio del Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Salud del Niño [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015.
13. Zamora Chávez S. Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y la calidad de atención en la consulta en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas agosto 2011-febrero 2012 [tesis]. Lima: Facultad de Medicina, Unidad de Postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Final. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014 - ENSUSALUD 2014. Lima, Superintendencia Nacional de Salud; 2014.
15. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramirez de la Roche O. Dimensiones epistemológicas, teórico-conceptuales y metodológicas en el estudio

de la satisfacción. Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. 1° ed. México DF: Universidad Autónoma de México; 2013. p. 41.

16. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health services research*. 1974;9(3):208-20.

17. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*. 2001;53(9):1149-62.

18. Shimabuku R, Fernández D, Carlos G, Granados K, Maldonado R, Nakachi G. Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2014;75(3):6.

19. Mohan D, Gupta S, LeFevre A, Bazant E, Killewo J, Baqui AH. Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:282.

20. Mendoza-Sassi R, Umberto Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):819-32.

21. Kanungo S, Bhowmik K, Mahapatra T, Mahapatra S, Bhadra UK, Sarkar K. Perceived morbidity, healthcare-seeking behavior and their determinants in a poor-resource setting: observation from India. *PloS one*. 2015;10(5):e0125865.

22. Elsinga J, Lizarazo EF, Vincenti MF, Schmidt M, Velasco-Salas ZI, Arias L, et al. Health Seeking Behaviour and Treatment Intentions of Dengue and Fever: A Household Survey of Children and Adults in Venezuela. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(12):e0004237.

23. Lee R, Jones LW. The concept of good medical care. The fundamentals of good medical care. Chicago: The University of Chicago Press; 1933. p. 6.

24. Donabedian A. Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical care*. 1968;6(3):181-202.

25. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
26. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 1988;260(12):1743-8.
27. Grönroos C. A Service Quality Model and its Marketing Implications. European Journal of Marketing. 1984;18(4):36-44.
28. Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. Jama. 1986;255(20):2780-4.
29. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? Milbank Q. 1998;76(4):517-63, 09.
30. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-31.
31. Institute of Medicine. A New Health System for the 21st Century. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academic Press; 2001. p. 44.
32. Institute of Medicine. Improving the 21st-Century Health Care System. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academic Press; 2001. p. 39-40.
33. Peabody JW, Taguiwalo MM, Robalino DA, Frenk J. Improving the Quality of Care in Developing Countries. In: Jamison D, Breman J, Measham A, et al, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. Washington DC: World Bank; 2006. p. 1293-4.
34. Mosadeghrad AM. A Conceptual Framework for Quality of Care. Materia Socio-Medica. 2012;24(4):251-61.
35. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. International journal of health care quality assurance. 2013;26(3):203-19.

36. Lazo O. Documento técnico: "Sistema de gestión de calidad en salud, en el marco de la política nacional de calidad en salud, la descentralización y el aseguramiento universal en salud". Lima: Ministerio de Salud; 2010. Report No.: Programa de apoyo a la reforma del Sector Salud
37. World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
38. Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud. Lima: Ministerio de salud; 2002. Report No.: . Ministerior de Salud. Dirección general de salud de las personas.
39. World Health Organization. The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
40. Ramírez Hita S. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2° ed. La Paz: OPS/OMS; 2010.
41. Silimperi DR, Franco LM, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C. A framework for institutionalizing quality assurance. *Int J Qual Health Care*. 2002;14 Suppl 1:67-73.
42. Gomez-Rosado J-C, Sanchez-Ramirez M, Valdes-Hernandez J, Capitan-Morales LC, del-Nozal-Nalda MI, Oliva-Mompean F. Importancia de la calidad del informe de alta en la gestión de una unidad clínica quirúrgica. *Cirugía Española*. 2013;91(06):378-83.
43. Llanos-Zavalaga LF, Mayca Pérez J, Navarro Chumbes GC. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos. *Revista Medica Herediana*. 2006;17(4):220-6.
44. Acosta Evangelista Z. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004 [tesis]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.

45. Amemiya Hoshi I. Calidad de servicio a través del nivel de satisfacción del acompañante al usuario nuevo del consultorio externo del Departamento de Pediatría [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2013.
46. Barzola Huamán WT. Satisfacción de los usuarios en los consultorios externos del adulto mayor en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud – Red Asistencial Junín Huancayo 2008 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
47. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012;23(2):88-95.
48. Ministerio de Salud. Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo. Lima: Ministerio de Salud; 2011. Report No.: Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud, R.M. N° 527-2011/MINSA/Ministerio de Salud. .
49. Ministerio de Salud. Encuesta de satisfacción aplicada en usuarios externos de emergencia SERVQUAL. Lima: Hospital María Auxiliadora, Dirección de calidad; 2014.
50. Ministerio de Salud. Estudio de satisfacción del usuario externo SERVQUAL Lima: Ministerior de Salud, Hospital San Juan de Lurigancho.Unidad de Gestión de Calidad; 2013.
51. Casalino-Carpio G. Calidad de servicio de consulta externa de medicina interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta SERVQUAL. Rev Soc Peru Med Interna. 2008;21(4):143-52.
52. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691-729.
53. Donabedian A. Evaluating physician competence. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(6):857-60.
54. Goss M. Influence and Authority Among Physicians in an Outpatient Clinic. American Sociological Review. 1961;26(1):39-50.

55. van der Geest S, Finkler K. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*. 2004;59(10):1995-2001.
56. Luck J, Peabody JW. Using standardised patients to measure physicians' practice: validation study using audio recordings. *BMJ : British Medical Journal*. 2002;325(7366):679-.
57. van Onna M, Gorter S, Maiburg B, Waagenaar G, van Tubergen A. Education improves referral of patients suspected of having spondyloarthritis by general practitioners: a study with unannounced standardised patients in daily practice. *RMD Open*. 2015;1(1):e000152.
58. Mandrusiak AM, Isles R, Chang AT, Choy NLL, Toppenberg R, McCook D, et al. Senior physiotherapy students as standardised patients for junior students enhances self-efficacy and satisfaction in both junior and senior students. *BMC Medical Education*. 2014;14:105-.
59. Jimenez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004;30(1):17-36.
60. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016;32(5).
61. Ballesteros MS, Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud Colectiva*. 2015;11(4).
62. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*. 2015;57:180-6.
63. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*. 2002;7(3):186-8.

64. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(3):260-8.
65. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295-303.
66. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(Sup 2):S190-S8.
67. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18.
68. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. Medical care. 1981;19(2):127-40.
69. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. In: White KL, Frenk J, Oróñez C, Paganini JM, Starfield B, editors. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N° 534. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 933.
70. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. In: White KL, Frenk J, Oróñez C, Paganini JM, Starfield B, editors. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N° 534. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 932.
71. Nouraei Motlagh S, Sabermahani A, Hadian M, Lari MA, Mahdavi MR, Abolghasem Gorji H. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran. Global journal of health science. 2015;7(6):240-9.
72. McAteer A, Elliott AM, Hannaford PC. Ascertaining the size of the symptom iceberg in a UK-wide community-based survey. The British Journal of General Practice. 2011;61(582):e1-e11.
73. Stewart MM. Book Review. New England Journal of Medicine. 1980;302(13):760-1.

74. Elnegaard S, Andersen RS, Pedersen AF, Larsen PV, Sondergaard J, Rasmussen S, et al. Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population--exploring "The Symptom Iceberg". *BMC public health*. 2015;15:685.
75. Koopmans B, Nielen MM, Schellevis FG, Korevaar JC. Non-participation in population-based disease prevention programs in general practice. *BMC public health*. 2012;12:856.
76. Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health psychology review*. 2015;9(2):264-76.
77. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh. *Social Science & Medicine*. 2000;51(3):361-71.
78. MacKian S. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, Health Systems Development Programme; 2003. Report No.: HSD/WP/05/03.
79. Chrisman NJ. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1977;1(4):351-77.
80. Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*. 1962;15(2):189-94.
81. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 4 ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 46-54.
82. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
83. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):10.1111/j.468-0009.2005.00428.x.

84. Ramírez Hita S. El proceso de la investigación: aspectos teórico-metodológicos. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2° ed. La Paz: OPS/OMS; 2010. p. 53.
85. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos : de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207.
86. Herrera Medina NE, Gutierrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo AP, Sánchez-Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010;12:343-55.
87. Donabedian A. Twenty Years of Research on the Quality of Medical Care: 1964-1984. *Evaluation & the Health Professions*. 1985;8(3):243-65.
88. Ramírez Hita S. Representaciones sociales sobre la calidad de atención en salud de la población. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2° ed. La Paz: OPS/OMS; 2010. p. 121-30.
89. Ramírez Hita S. Representaciones sociales del personal sanitario sobre la calidad de atención en salud. Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. 2° ed. La Paz: OPS/OMS; 2010. p. 75-93.
90. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academic Press; 2001.
91. Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. España: Real Academia Española; 2001. p. 967.
92. Defensoría del Pueblo. Atención de salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud. Lima: Defensoría del Pueblo; 2007. Report No.: Informe defensorial N° 120.

93. Burgos Moreno MdC, Paravic Klijn TM. Percepción de violación de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y enfermería*. 2003;9:29-42.
94. INDEC-Argentina. Las necesidades básicas insatisfechas: sus deficiencias técnicas y su impacto en la definición de políticas sociales. Quinto Taller Regional sobre la Medición de la Pobreza: Métodos y Aplicaciones: documentos presentados. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. p. 111-38.
95. Feres JC, Mancero X. El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina. Quinto Taller Regional sobre la Medición de la Pobreza: Métodos y Aplicaciones: documentos presentados. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. p. 61-96.
96. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Multidimensionalidad de la pobreza. Perú: perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004-2013. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014. p. 83-5.
97. United Nations. Rethinking poverty: which way now? Rethinking poverty: Report on the World Social Situation 2010. New York: United Nations; 2009. p. 8-9.
98. Valdivia M. Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); 2007.
99. Tipping G. Healthcare seeking behaviour in asian transitional economies: a literature review and annotated bibliography. Brighton Institute of Development Studies, Economic and Social Research Management Unit; 2000.
100. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academic Press; 2000.
101. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353.
102. Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in

high-income countries: a systematic review. The European Journal of Public Health. 2012;22(6):904-13.

103. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Journal of general internal medicine. 2005;20(3):226-33.

104. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. 2015. 2015:7.

105. Defensoría del Pueblo [internet]. Existen ciertas deficiencias en atención a gestantes que acuden a establecimientos del Ministerio de Salud Lima: Defensoría del Pueblo; 2008 [updated 2008 2 Dic; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2008/NP-155-08.pdf>.

106. Defensoría del Pueblo [internet]. Defensoría exhorta al Minsa a establecer mecanismos para atender oportunamente a personas indocumentadas Lima: Defensoría del Pueblo; 2011 [updated 2011 21 Dic; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2011/NP-362-11.pdf>.

107. Defensoría del Pueblo [internet]. Defensoría del Pueblo exhorta al Minsa a mejorar proceso de compras de medicamentos para evitar desabastecimiento Lima: Defensoría del Pueblo; 2011 [updated 2011 23 Nov; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2011/NP-331-11.pdf>.

108. Defensoría del Pueblo [internet]. Defensoría del Pueblo recibió más de 200 quejas contra EsSalud durante el 2012 Lima: Defensoría del Pueblo; 2012 [updated 2013 24 Ene; cited 2016 7 Jul]. Available from: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/notas/2013/NP-016-13.pdf>.

109. Defensoría del Pueblo. El derecho a la salud y a la seguridad social: supervisando establecimientos de salud. Lima: Defensoría del Pueblo; 2004. Report No.: Informe defensorial N° 87.

110. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.

111. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2014. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
112. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2005. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2005.
113. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2006. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2006.
114. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2007. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007.
115. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2008. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2008.
116. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2009. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2009.
117. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2010. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010.
118. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2011. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2011.
119. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2012.

120. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza -2013. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013.
121. Parodi Trece C. El gobierno de Alan García (2006-2011). Parte 2. Perú 1995-2012: cambios y continuidades. 1° ed. Lima: Universidad del Pacífico; 2016. p. 314-6.
122. Banco Mundial. Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales): Banco Mundial; 2016 [updated 2016 6 Jul; cited 2016 19 Jul]. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?contextual=default&end=2014&locations=PE&page=3&start=1995&view=chart>.
123. Ministerio de Salud. El SIS y el Aseguramiento Universal en Salud. Seguro Integral de Salud (SIS) Informe anual julio 2013-diciembre 2014. 1° ed. Lima: Ministerio de Salud; 2015. p. 34.
124. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009;26(2):207-17.
125. Arroyo J. Los recursos humanos en salud al 2010. San Salvador; 2010.
126. Arroyo J, Hartz J, Lau M. Los recursos humanos de salud en el Perú: segundo informe al país. Lima; 2011.
127. Ministerio de Salud. Sala situacional Lima: Ministerio de Salud; 2016 [updated 2015 Nov; cited 2016 19 Jul]. Available from: <http://salasituacional.sis.gob.pe/Dashboard.aspx>.
128. Ministerio de Salud. Logros julio 2013 - diciembre 2014. Seguro Integral de Salud (SIS) Informe anual julio 2013-diciembre 2014. 1° ed. Lima: Ministerio de Salud; 2015. p. 49.
129. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):747-53.

130. Alva J, Verastegui G, Velasquez E, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de campos de práctica clínica para la formación de pregrado de estudiantes de ciencias de la salud en el Perú, 2005-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2):194-201.
131. Huamaní C, Gutiérrez C, Mezones-Holguín E. Correlación y concordancia entre el examen nacional de medicina y el promedio ponderado universitario: análisis de la experiencia peruana en el periodo 2007 - 2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(1):62-71.
132. Francke P, Arroyo J, Guzmán A. Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011. *Economía y Sociedad*. 2006;59:35-41.
133. Galán-Rodas E, Díaz-Vélez C, Villena J, Maguiña C. Mortalidad de médicos que realizan el servicio rural (SERUMS) en Perú, 2006-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(3):483-4.
134. Organización Mundial de la Salud. Panorama general por la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - colaboremos por la salud. 1º ed. Ginebra: OMS; 2006. p. xviii.
135. Ministerio de Salud. Recursos humanos en el sector salud, Perú 2013. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Serie Recursos Humanos en Salud N° 16. 1º ed. Lima: Ministerio de Salud; 2014. p. 20.
136. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes: Organización Panamericana de la Salud; [cited 2016 11 Jul]. Available from: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/242>.
137. Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(4):729-39.
138. Autoridad Nacional de Servicio Civil (SERVIR), Ministerio de Salud (MINSA), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Informe final de la comisión multisectorial

encargada de revisar el sistema remunerativo del sector salud y proponer la política integral de reumeraciones de los servidores médicos, profesionales de la salud y personal asistencial del sector salud. Lima; 2013. Report No.: Resolución Suprema N 030-2013-PCM.

139. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Final. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014 - ENSUSALUD 2014. Lima: Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Nacional de Salud; 2014.

140. Ministerio de Salud. Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales del Ministerio de Salud. Una realidad que debemos cambiar. Lima: Ministerio de Salud; 2006.

141. Hussmann K. Resumen de los estudios de caso de país. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional). Panamá: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD; 2011. p. 65.

142. Ewig C. Intersecting legacies of inequality. Second-wave neoliberalism: gender, race and health sector reform in Peru. 1° ed. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press; 2010. p. 6.

143. Burton DC, Flannery B, Onyango B, Larson C, Alaii J, Zhang X, et al. Healthcare-seeking behaviour for common infectious disease-related illnesses in rural Kenya: a community-based house-to-house survey. Journal of health, population, and nutrition. 2011;29(1):61-70.

144. Irwan AM, Kato M, Kitaoka K, Kido T, Taniguchi Y, Shogenji M. Self-care practices and health-seeking behavior among older persons in a developing country: Theories-based research. International Journal of Nursing Sciences. 2016;3(1):11-23.

145. Uriburu G. Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes en mujeres? In: G. Fernández-Juárez [coord.], editor. Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. 1° ed. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 173-87.

146. Fernández-Juárez G. "Al hospital van los que mueren" Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos. In: G. Fernández-Juárez [coord.], editor. Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. 1° ed. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 317-37.
147. Ramírez-Hita S. La contribución del método etnográfico al registro epidemiológico . Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva. 2009;5(1):63-85.

7. ANEXOS

7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Problemas de salud	Problemas de salud	Cualitativa politómica	Síntoma Enfermedad aguda Enfermedad crónica Recaída de enfermedad crónica Accidente	Ficha de recolección de datos INEI
Necesidad sanitaria	Búsqueda de atención médica	Cualitativa dicotómica	Si/No	
Deficiencias de la calidad de atención en salud	Accesibilidad geográfica	Cualitativa dicotómica	Si/No	
	Tiempo de espera prolongado	Cualitativa dicotómica	Si/No	
	Maltrato del personal sanitario	Cualitativa dicotómica	Si/No	
Características demográficas	Edad	Cuantitativa continua	Años	
	Grupo étnico	Cualitativa politómica	Niño: 0-11 años Adolescente: 12-17 años Joven: 18-29 años Adulto: 30-59 años Adulto mayor: >60	
	Sexo	Cualitativa dicotómica	Masculino/Femenino	
	Nivel educativo	Cualitativa politómica	Sin estudios Inicial Primaria Secundaria Superior	
	Nivel educativo	Cualitativa politómica	Estudios superiores No estudios superiores	
	Ubicación geográfica	Cualitativa politómica	Costa norte Costa centro Costa sur Sierra norte Sierra centro Sierra sur Selva Lima metropolitana	

VARIABLE	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Características demográficas	Ubicación geográfica	Cualitativa politómica	Costa Sierra Selva Lima metropolitana	Ficha de recolección de datos INEI
	Ubicación geográfica	Cualitativa politómica	Región (Amazonas, Áncash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima metropolitana, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali)	
Características económicas	Necesidades básicas insatisfechas	Cualitativa politómica	NBI1: Vivienda inadecuada NBI2: Vivienda con hacinamiento NBI3: Vivienda sin servicios higiénicos NBI4: Hogares con niños que no acuden a escuela NBI5: Hogares con alta dependencia económica	
	Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	Cualitativa politómica	No pobre: $\sum NBI = 0$ Pobre: $\sum NBI > 0$	
Características culturales	Lengua materna	Cualitativa politómica	Quechua Aymara Castellano Otra lengua nativa Otros (portugués, inglés, otra lengua extranjera, sordomudo)	
Características sanitarias	Sistema de prestación de servicios de salud	Cualitativa politómica	EsSalud Seguro integral de salud (SIS) No asegurado (no disponible desde la ENAHO 2012) Otro (Seguro escolar, seguro universitario, seguro FFAA-PNP, seguro privado, EPS)	

7.2. APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

"Decenio de las personas con discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"



ACTA N°. 0279

CÓDIGO DE PROYECTO: N°. 0360

ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA

En Lima, a los veintiocho días del mes de junio de 2016, se realizó la **revisión ética expeditiva** de las recomendaciones Metodológicas y Éticas incorporadas como sugerencias de corrección al proyecto: ***"Características de la población Peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en Salud en el periodo 2005- 2015"*** que el Alumno, Daniel Enrique Rojas Bolívar, ha cumplido satisfactoriamente.

RESULTADO: PROYECTO APROBADO

Lima, 28 de junio del 2016

 UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

DR. RICARDO TERUKINA TERUKINA
Presidente
del Comité de Ética de Investigación

7.3. TABLAS Y GRÁFICOS

Anexo 7.3. Tablas

Tabla 7.1. Población peruana que refirió algún problema de salud en el periodo 2005-2015.

Año	N	%
2005	10 737 343	55,56
2006	11 209 821	59,32
2007	13 568 933	62,79
2008	13 078 297	64,92
2009	15 092 174	64,19
2010	15 409 990	69,1
2011	14 508 934	70,97
2012	16 445 859	70,2
2013	15 353 688	68,07
2014	15 983 204	69,09
2015	16 270 216	68,03

Tabla 7.2 Personas con problemas de salud que no buscó atención médica en el periodo 2005-2015.

Año	N	%
2005	5 952 269	61,38
2006	6 292 678	61,71
2007	7 117 707	58,06
2008	6 318 405	53,65
2009	6 760 130	50,26
2010	6 937 408	50,87
2011	6 645 973	52,04
2012	7 241 422	50,14
2013	6 466 959	48,52
2014	6 800 989	49,14
2015	6 695 599	47,21

Tabla 7.3.a. Frecuencia de las razones por que las personas con problemas de salud no buscaron atención médica en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No tuvo dinero	1 613 090	1 532 700	1 684 454	1 182 101	1 064 310	966 371	920 308	900 021	742 152	631 975	486 091
No era grave	1 972 016	2 081 702	2 399 190	2 262 746	2 634 026	2 706 806	2 683 975	2 949 892	2 710 899	2 850 359	3 031 751
Prefiere remedios caseros	1 240 127	1 217 476	1 115 262	1 000 129	970 287	1 058 141	1 017 725	1 282 562	1 214 204	1 464 632	1 505 573
No tengo seguro	106 289	78 405	101 533	77 456	88 387	112 951	138 914	138 621	124 847	135 464	103 580
Se auto-recetó	1 386 049	1 414 077	1 752 150	1 545 673	1 568 108	1 636 336	1 486 573	1 670 309	1 427 559	1 611 012	1 658 810
No tengo tiempo	502 015	582 788	779 682	790 129	982 188	1 086 239	999 714	1 113 316	881 619	928 227	830 604
No confía en los médicos	275 028	267 994	265 314	277 225	312 080	323 389	330 015	363 195	306 982	340 179	324 703
Mala de calidad de atención	414 514	416 787	448 759	415 962	602 106	677 863	684 181	758 167	720 269	807 536	888 668
Otros	67 073	85 223	164 712	227 796	267 319	400 954	365 662	373 234	316 228	295 749	215 371

Tabla 7.3.b. Proporción de las razones por que las personas con problemas de salud no buscaron atención médica en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
No tuvo dinero	27.1	24.3	23.7	18.7	15.7	13.9	13.9	12.4	11.5	9.3	7.3
No era grave	33.1	33.1	33.7	35.8	38.9	39.0	40.4	40.7	41.9	41.9	45.3
Prefiere remedios caseros	20.8	19.3	15.7	15.8	14.3	15.3	15.3	17.7	18.8	21.5	22.5
No tengo seguro	1.8	1.2	1.4	1.2	1.3	1.6	2.1	1.9	1.9	2.0	1.6
Se auto-recetó	23.3	22.5	24.6	24.4	23.2	23.6	22.4	23.1	22.1	23.7	24.8
No tengo tiempo	8.4	9.3	11.0	12.5	14.5	15.7	15.0	15.4	13.6	13.7	12.4
No confía en los médicos	4.6	4.3	3.7	4.3	4.6	4.7	5.0	5.0	4.8	5.0	4.9
Mala de calidad de atención	7.0	6.6	6.3	6.6	8.9	9.8	10.3	10.5	11.1	11.9	13.3
Otros	1.1	1.4	2.3	3.6	4.0	5.8	5.5	5.2	4.9	4.4	3.2

Tabla 7.4.a. Sexo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
Mujer	138 845	154 860	137 475	101 823	158 241	179 027	163 652	181 979	171 975	197 634	213 254
Hombre	164 227	126 559	119 130	88 429	113 012	130 941	136 534	154 799	127 803	143 924	165 576
Demora											
Mujer	56 242	56 156	95 216	109 443	157 097	184 095	197 668	215 151	212 459	234 835	260 970
Hombre	40 947	52 766	57 760	75 640	112 886	118 251	114 669	154 067	154 599	176 879	198 091
Maltrato											
Mujer	13 451	21 730	28 204	36 135	54 372	62 421	64 090	56 585	64 652	65 608	72 761
Hombre	9 049	14 630	22 545	27 185	33 829	41 695	43 879	41 213	42 220	48 956	46 429
Calidad											
Mujer	230 217	226 085	254 448	235 472	352 075	404 842	401 592	426 074	416 066	462 184	503 991
Hombre	184 297	190 702	194 311	180 490	250 031	273 021	282 589	332 093	304 202	345 352	384 677

Tabla 7.4.b. Proporción del sexo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Distancia											
Mujer	45.8	55.0	53.6	53.5	58.3	57.8	54.5	54.0	57.4	57.9	56.3
Hombre	54.2	45.0	46.4	46.5	41.7	42.2	45.5	46.0	42.6	42.1	43.7
Demora											
Mujer	57.9	51.6	62.2	59.1	58.2	60.9	63.3	58.3	57.9	57.0	56.9
Hombre	42.1	48.4	37.8	40.9	41.8	39.1	36.7	41.7	42.1	43.0	43.2
Maltrato											
Mujer	59.8	59.8	55.6	57.1	61.7	60.0	59.4	57.9	60.5	57.3	61.1
Hombre	40.2	40.2	44.4	42.9	38.4	40.1	40.6	42.1	39.5	42.7	39.0
Calidad											
Mujer	55.5	54.2	56.7	56.6	58.5	59.7	58.7	56.2	57.8	57.2	56.7
Hombre	44.5	45.8	43.3	43.4	41.5	40.3	41.3	43.8	42.2	42.8	43.3

Tabla 7.5.a. Edad de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
<10	81 765	79 370	59 320	31 096	39 592	55 900	51 373	54 334	44 835	55 261	63 116
10-19	31 541	27 431	27 353	18 894	32 004	33 558	29 776	29 667	32 617	32 734	32 343
20-29	32 597	37 273	35 094	31 298	34 088	40 683	37 235	38 403	28 752	32 833	38 911
30-59	96 107	80 184	81 269	68 394	101 930	102 241	106 365	125 208	104 846	116 213	130 905
>60	61 062	57 161	53 569	40 570	63 639	77 586	75 437	89 166	88 728	104 517	113 555
Demora											
<10	12 888	22 052	22 353	30 737	37 275	43 685	43 430	48 650	43 248	48 992	52 184
10-19	8 020	7 976	9 519	16 994	20 748	25 288	20 250	30 978	29 780	28 731	34 716
20-29	13 948	10 271	19 933	22 242	37 217	41 777	41 953	43 125	46 955	45 905	55 886
30-59	45 307	48 242	74 562	83 059	118 327	128 086	134 835	171 767	176 701	195 071	210 378
>60	17 026	20 381	26 609	32 051	56 416	63 510	71 869	74 698	70 374	93 015	105 897
Maltrato											
<10	3 404	7 926	12 716	7 365	11 782	16 801	11 803	11 191	11 222	10 317	12 940
10-19	966	2 658	3 321	4 844	6 416	5 251	7 680	7 386	4 638	6 187	7 321
20-29	934	1 980	4 177	8 227	12 179	12 752	7 443	7 113	9 107	10 019	10 479
30-59	10 254	14 719	17 869	31 315	34 814	41 731	46 602	43 192	49 899	56 621	49 236
>60	6 942	9 077	12 666	11 569	23 010	27 581	34 441	28 916	32 006	31 420	39 214
Calidad											
<10	96 344	107 651	91 687	65 714	85 918	112 107	100 073	107 862	91 742	104 896	120 302
10-19	40 037	37 169	39 704	39 862	58 215	61 316	56 793	63 704	62 905	64 772	70 674
20-29	46 793	49 332	58 299	59 959	81 067	91 494	83 087	86 529	79 076	84 579	98 292
30-59	148 753	140 092	169 217	170 513	244 577	258 409	273 719	319 401	308 719	342 251	364 644
>60	82 587	82 543	89 852	79 914	132 329	154 537	170 509	180 671	177 826	211 038	234 756

Tabla 7.5.b. Proporción de edad de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Distancia											
<10	27.0	28.2	23.1	16.3	14.6	18.0	17.1	16.1	15.0	16.2	16.7
10-19	10.4	9.8	10.7	9.9	11.8	10.8	9.9	8.8	10.9	9.6	8.5
20-29	10.8	13.2	13.7	16.5	12.6	13.1	12.4	11.4	9.6	9.6	10.3
30-59	31.7	28.5	31.7	36.0	37.6	33.0	35.4	37.2	35.0	34.0	34.6
>60	20.2	20.3	20.9	21.3	23.5	25.0	25.1	26.5	29.6	30.6	30.0
Demora											
<10	13.3	20.3	14.6	16.6	13.8	14.5	13.9	13.2	11.8	11.9	11.4
10-19	8.3	7.3	6.2	9.2	7.7	8.4	6.5	8.4	8.1	7.0	7.6
20-29	14.4	9.4	13.0	12.0	13.8	13.8	13.4	11.7	12.8	11.2	12.2
30-59	46.6	44.3	48.7	44.9	43.8	42.4	43.2	46.5	48.1	47.4	45.8
>60	17.5	18.7	17.4	17.3	20.9	21.0	23.0	20.2	19.2	22.6	23.1
Maltrato											
<10	15.1	21.8	25.1	11.6	13.4	16.1	10.9	11.4	10.5	9.0	10.9
10-19	4.3	7.3	6.5	7.7	7.3	5.0	7.1	7.6	4.3	5.4	6.1
20-29	4.2	5.5	8.2	13.0	13.8	12.3	6.9	7.3	8.5	8.8	8.8
30-59	45.6	40.5	35.2	49.5	39.5	40.1	43.2	44.2	46.7	49.4	41.3
>60	30.9	25.0	25.0	18.3	26.1	26.5	31.9	29.6	30.0	27.4	32.9
Calidad											
<10	23.2	25.8	20.4	15.8	14.3	16.5	14.6	14.2	12.7	13.0	13.5
10-19	9.7	8.9	8.9	9.6	9.7	9.1	8.3	8.4	8.7	8.0	8.0
20-29	11.3	11.8	13.0	14.4	13.5	13.5	12.1	11.4	11.0	10.5	11.1
30-59	35.9	33.6	37.7	41.0	40.6	38.1	40.0	42.1	42.9	42.4	41.0
>60	19.9	19.8	20.0	19.2	22.0	22.8	24.9	23.8	24.7	26.1	26.4

Tabla 7.6.a. Nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
Sin nivel	103 600	92 334	75 650	50 193	71 299	88 277	83 072	89 367	83 621	94 049	95 173
Primaria	156 579	150 360	128 330	97 035	137 328	150 275	147 417	167 908	143 437	171 393	199 501
Secundaria	37 191	31 959	43 850	31 393	51 420	58 034	54 678	60 951	62 434	65 021	68 590
Superior	5 592	6 657	8 688	11 565	11 141	13 301	14 939	18 473	10 221	11 017	15 485
Demora											
Sin nivel	11 191	20 994	17 818	19 718	35 996	53 360	45 690	47 674	48 383	62 740	57 581
Primaria	38 107	40 135	58 889	81 520	107 131	116 742	116 687	152 827	138 348	159 883	187 469
Secundaria	28 967	31 555	50 515	54 534	77 008	91 865	96 434	107 800	117 805	128 490	157 071
Superior	18 902	16 213	25 733	29 288	49 802	40 346	53 483	60 862	62 481	60 565	56 892
Maltrato											
Sin nivel	7 443	9 825	15 859	9 784	24 385	24 892	22 228	24 210	22 280	27 885	28 646
Primaria	10 174	17 094	24 709	32 176	34 425	47 983	47 910	38 634	43 523	45 839	52 165
Secundaria	2 875	5 842	9 284	15 248	21 542	20 983	28 938	22 336	24 849	28 702	28 058
Superior	2 002	3 590	888	6 101	7 837	10 245	8 885	12 608	16 209	12 133	10 309
Calidad											
Sin nivel	119 114	118 002	106 937	75 129	125 906	158 494	144 004	151 358	143 964	165 627	164 049
Primaria	201 448	203 952	205 009	198 572	264 935	296 942	293 105	338 284	301 789	353 247	405 955
Secundaria	68 174	68 707	101 509	96 789	145 945	161 824	172 581	180 456	192 311	208 842	242 187
Superior	25 643	259 88	35 190	45 373	65 201	60 483	74 364	87 929	82 091	79 702	76 340

Tabla 7.6.b. Proporción de nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Distancia											
Sin nivel	34.2	32.8	29.5	26.4	26.3	28.5	27.7	26.5	27.9	27.5	25.1
Primaria	51.7	53.5	50.0	51.0	50.6	48.5	49.1	49.9	47.9	50.2	52.7
Secundaria	12.3	11.4	17.1	16.5	19.0	18.7	18.2	18.1	20.8	19.0	18.1
Superior	1.9	2.4	3.4	6.1	4.1	4.3	5.0	5.5	3.4	3.2	4.1
Demora											
Sin nivel	11.5	19.3	11.7	10.7	13.3	17.7	14.6	12.9	13.2	15.2	12.5
Primaria	39.2	36.9	38.5	44.1	39.7	38.6	37.4	41.4	37.7	38.8	40.8
Secundaria	29.8	29.0	33.0	29.5	28.5	30.4	30.9	29.2	32.1	31.2	34.2
Superior	19.5	14.9	16.8	15.8	18.5	13.4	17.1	16.5	17.0	14.7	12.4
Maltrato											
Sin nivel	33.1	27.0	31.3	15.5	27.7	23.9	20.6	24.8	20.9	24.3	24.0
Primaria	45.2	47.0	48.7	50.8	39.0	46.1	44.4	39.5	40.7	40.0	43.8
Secundaria	12.8	16.1	18.3	24.1	24.4	20.2	26.8	22.8	23.3	25.1	23.5
Superior	8.9	9.9	1.8	9.6	8.9	9.8	8.2	12.9	15.2	10.6	8.7
Calidad											
Sin nivel	28.8	28.3	23.8	18.1	20.9	23.4	21.1	20.0	20.0	20.5	18.5
Primaria	48.6	49.0	45.7	47.8	44.0	43.8	42.9	44.6	41.9	43.8	45.7
Secundaria	16.5	16.5	22.6	23.3	24.2	23.9	25.2	23.8	26.7	25.9	27.3
Superior	6.2	6.2	7.8	10.9	10.8	8.9	10.9	11.6	11.4	9.9	8.6

Tabla 7.7.a. Nivel educativo de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Amazonas	8 191	5 837	9 172	7 691	8 612	8 808	10 729	10 610	8 705	11 455	18 089
Ancash	6 727	9 005	21 441	19 656	32 507	30 369	20 504	25 396	29 917	42 043	45 545
Apurímac	12 127	14 526	10 139	11 804	32 267	22 788	22 504	27 805	20 125	27 776	24 940
Arequipa	12 751	11 408	21 957	20 027	13 369	16 878	22 385	24 942	19 959	11 445	19 796
Ayacucho	17 321	19 122	10 067	12 779	16 735	23 389	18 920	19 693	19 242	25 778	34 913
Cajamarca	17 041	7 660	16 228	25 146	30 206	42 663	23 579	23 651	36 788	28 906	33 453
Callao	2	2 463	3 557	5 238	7 543	4 686	4 810	10 652	6 247	7 148	8 593
Cusco	65 305	82 082	80 390	56 361	84 230	61 349	55 792	77 944	79 521	90 833	128 921
Huancavelica	32 380	29 132	18 197	14 137	18 778	21 681	25 991	38 959	30 270	33 846	28 457
Huánuco	27 679	19 223	14 843	14 563	18 908	32 342	28 882	37 056	31 128	40 159	40 200
Ica	10 106	3 351	3 798	8 982	6 841	7 419	7 986	7 072	6 238	4 669	3 758
Junín	25 000	38 568	27 604	31 050	29 746	47 418	44 012	46 230	43 811	43 030	40 500
La Libertad	31 852	27 167	31 495	19 118	25 159	28 975	34 136	45 587	44 240	36 817	38 608
Lambayeque	11 656	14 290	15 788	11 024	17 003	15 755	19 801	21 213	18 199	20 689	26 507
Lima	12 847	25 908	46 962	39 611	82 474	56 343	71 048	68 356	61 984	59 067	76 864
Loreto	2 952	3 496	10 913	10 872	14 920	57 011	55 202	43 907	42 834	34 045	29 041
Madre de Dios	1 649	1 336	949	2 058	1 883	2 408	3 456	4 798	4 656	2 824	3 929
Moquegua	4 528	3 075	2 974	1 965	2704	2 802	3 507	3 942	3 477	6 128	6 036
Pasco	12 851	14 909	13 107	5 341	12 031	15 459	13 741	21 825	17 091	20 329	19 423
Piura	18 360	16 362	20 780	15 331	31 114	32 302	41 101	33 988	19 529	22 814	26 079
Puno	64 511	51 563	43 557	50 747	73 442	98 644	105 476	113 745	133 170	187 075	178 063
San Martín	13 385	10 706	12 896	17 825	19 706	19 875	18 024	18 228	13 907	20 227	23 075
Tacna	2 821	3 129	4 815	4 150	12 714	15 024	15 246	7 728	11 457	12 278	13 030
Tumbes	704	796	578	2 869	1 206	4 404	4 739	10 048	6 149	5 055	7 024
Ucayali	1 768	1 673	6 552	7 617	8 008	9 071	12 610	14 792	11 625	13 100	13 824

Tabla 7.7.b. Proporción de localización geográfica de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Amazonas	2,0	1,4	2,0	1,9	1,4	1,3	1,6	1,4	1,2	1,4	2,0
Ancash	1,6	2,2	4,8	4,7	5,4	4,5	3,0	3,4	4,2	5,2	5,1
Apurímac	2,9	3,5	2,3	2,8	5,4	3,4	3,3	3,7	2,8	3,4	2,8
Arequipa	3,1	2,7	4,9	4,8	2,2	2,5	3,3	3,3	2,8	1,4	2,2
Ayacucho	4,2	4,6	2,2	3,1	2,8	3,5	2,8	2,6	2,7	3,2	3,9
Cajamarca	4,1	1,8	3,6	6,1	5,0	6,3	3,5	3,1	5,1	3,6	3,8
Callao	0,0	0,6	0,8	1,3	1,3	0,7	0,7	1,4	0,9	0,9	1,0
Cusco	15,8	19,7	17,9	13,6	14,0	9,1	8,2	10,3	11,0	11,3	14,5
Huancavelica	7,8	7,0	4,1	3,4	3,1	3,2	3,8	5,1	4,2	4,2	3,2
Huánuco	6,7	4,6	3,3	3,5	3,1	4,8	4,2	4,9	4,3	5,0	4,5
Ica	2,4	0,8	0,9	2,2	1,1	1,1	1,2	0,9	0,9	0,6	0,4
Junín	6,0	9,3	6,2	7,5	4,9	7,0	6,4	6,1	6,1	5,3	4,6
La Libertad	7,7	6,5	7,0	4,6	4,2	4,3	5,0	6,0	6,1	4,6	4,3
Lambayeque	2,8	3,4	3,5	2,7	2,8	2,3	2,9	2,8	2,5	2,6	3,0
Lima	3,1	6,2	10,5	9,5	13,7	8,3	10,4	9,0	8,6	7,3	8,7
Loreto	0,7	0,8	2,4	2,6	2,5	8,4	8,1	5,8	6,0	4,2	3,3
Madre de Dios	0,4	0,3	0,2	0,5	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,4	0,4
Moquegua	1,1	0,7	0,7	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,8	0,7
Pasco	3,1	3,6	2,9	1,3	2,0	2,3	2,0	2,9	2,4	2,5	2,2
Piura	4,4	3,9	4,6	3,7	5,2	4,8	6,0	4,5	2,7	2,8	2,9
Puno	15,6	12,4	9,7	12,2	12,2	14,6	15,4	15,0	18,5	23,2	20,0
San Martín	3,2	2,6	2,9	4,3	3,3	2,9	2,6	2,4	1,9	2,5	2,6
Tacna	0,7	0,8	1,1	1,0	2,1	2,2	2,2	1,0	1,6	1,5	1,5
Tumbes	0,2	0,2	0,1	0,7	0,2	0,7	0,7	1,3	0,9	0,6	0,8
Ucayali	0,4	0,4	1,5	1,8	1,3	1,3	1,8	2,0	1,6	1,6	1,6

Tabla 7.8.a. Nivel económico de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
No pobre	65 741	87 316	88 228	84 090	125 871	142 979	140 120	162 918	151 796	188 771	213 684
Pobre	133 512	116 865	108 027	64 763	99 065	117 389	107 292	119 314	102 192	116 332	122 060
Pobre extremo	103 709	77 129	60 263	41 333	46 252	49 519	52 693	54 467	45 725	36 378	43 005
Demora											
No pobre	67 681	72 596	104 647	129 310	197 754	207 150	222 893	270 927	279 617	317 934	364 211
Pobre	18 985	23 374	39 357	41 721	62 388	76 473	69 384	71 557	72 356	77 230	83 631
Pobre extremo	10 501	12 927	8 951	14 029	9 795	18 690	20 017	26 678	15 045	16 514	11 171
Maltrato											
No pobre	11 374	16 674	25 650	37 226	53 651	70 273	73 870	74 605	76 950	84 961	85 338
Pobre	5 371	14 741	18 209	20 091	25 942	25 307	29 384	18 578	22 866	26 435	27 719
Pobre extremo	5 749	4 936	6 881	5 992	8 596	8 523	4 500	4 605	7 046	3 163	6 121
Calidad											
No pobre	142 760	173 805	214 456	235 300	361 686	394 747	414 675	475 913	472 932	548 752	614 967
Pobre	155 075	151 166	160 513	120 206	178 609	209 261	194 703	198 390	183 077	205 467	215 022
Pobre extremo	116 544	91 678	73 676	60 357	61 692	73 735	74 468	83 723	64 148	53 200	58 542

Tabla 7.8.b. Proporción de Nivel económico de la población peruana con algún problema de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015..

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Distancia											
No pobre	21.7	31.0	34.4	44.2	46.4	46.1	46.7	48.4	50.7	55.3	56.4
Pobre	44.1	41.5	42.1	34.1	36.5	37.9	35.8	35.4	34.1	34.1	32.2
Pobre extremo	34.2	27.4	23.5	21.7	17.1	16.0	17.6	16.2	15.3	10.7	11.4
Demora											
No pobre	69.7	66.7	68.4	69.9	73.3	68.5	71.4	73.4	76.2	77.2	79.4
Pobre	19.5	21.5	25.7	22.5	23.1	25.3	22.2	19.4	19.7	18.8	18.2
Pobre extremo	10.8	11.9	5.9	7.6	3.6	6.2	6.4	7.2	4.1	4.0	2.4
Maltrato											
No pobre	50.6	45.9	50.6	58.8	60.8	67.5	68.6	76.3	72.0	74.2	71.6
Pobre	23.9	40.6	35.9	31.7	29.4	24.3	27.3	19.0	21.4	23.1	23.3
Pobre extremo	25.6	13.6	13.6	9.5	9.8	8.2	4.2	4.7	6.6	2.8	5.1
Calidad											
No pobre	34.5	41.7	47.8	56.6	60.1	58.2	60.6	62.8	65.7	68.0	69.2
Pobre	37.4	36.3	35.8	28.9	29.7	30.9	28.5	26.2	25.4	25.5	24.2
Pobre extremo	28.1	22.0	16.4	14.5	10.3	10.9	10.9	11.0	8.9	6.6	6.6

Tabla 7.9.a. Localización de la población peruana con problemas de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
rural	284 407	263 243	234 293	62 862	234 848	266 910	252 161	285 262	252 970	297 644	320 365
urbano	18 665	18 176	22 312	27 390	36 405	43 058	48 025	51 516	46 808	43 914	58 465
Demora											
rural	27 274	35 401	42 383	51 254	80 697	95 284	82 221	115 532	110 853	128 154	144 908
urbano	69 915	73 521	110 593	133 829	189 286	207 062	230 116	253 686	256 206	283 560	314 153
Maltrato											
rural	12 331	19 054	29 218	38 925	53 489	60 943	61 714	54 351	49 752	58 561	54 178
urbano	10 169	17 306	21 531	24 395	34 712	43 173	46 255	43 447	57 120	56 003	65 012
Calidad											
rural	317 765	309 436	297 715	239 166	351 761	399 006	373 071	430 025	389 511	447 754	480 779
urbano	96 749	107 351	151 044	176 796	250 345	278 857	311 110	328 142	330 758	359 782	407 889

Tabla 7.9.b. Proporción de la localización de la población peruana con problemas de salud que no buscó atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Distancia											
rural	93.8	93.5	91.3	85.6	86.6	86.1	84.0	84.7	84.4	87.1	84.6
urbano	6.2	6.5	8.7	14.4	13.4	13.9	16.0	15.3	15.6	12.9	15.4
Demora											
rural	28.1	32.5	27.7	27.7	29.9	31.5	26.3	31.3	30.2	31.1	31.6
urbano	71.9	67.5	72.3	72.3	70.1	68.5	73.7	68.7	69.8	68.9	68.4
Maltrato											
rural	54.8	52.4	57.6	61.5	60.6	58.5	57.2	55.6	46.6	51.1	45.5
urbano	45.2	47.6	42.4	38.5	39.4	41.5	42.8	44.4	53.5	48.9	54.5
Calidad											
rural	76.7	74.2	66.3	57.5	58.4	58.9	54.5	56.7	54.1	55.5	54.1
urbano	23.3	25.8	33.7	42.5	41.6	41.1	45.5	43.3	45.9	44.6	45.9

Tabla 7.10.a. Sistema de aseguramiento de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
SIS	54 358	64 937	70 980	100 600	167 405	205 837	190 314	205 745	191 354	242 070	276 640
No afiliado	234 163	202 934	173 518	68 235	85 144	78 436	84 461	99 242	79 806	74 079	70 235
EsSalud	13 558	13 165	12 032	19 698	17 652	22 794	24 139	29 873	27 834	24 051	30 393
Otros	994	384	75	2 041	2 463	3 394	1 713	1 918	784	1 358	1 562
Demora											
SIS	6 598	15 717	20 486	56 982	100 642	134 419	140 550	155 746	156 095	216 131	249 124
No afiliado	56 212	61 238	74 924	70 683	91 041	86 573	77 115	104 583	109 015	94 552	95 565
EsSalud	33 902	31 089	56 070	56 020	74 895	78 705	88 740	99 679	98 038	96 861	108 744
Otros	2 992	1 507	2 818	2 080	5 235	4 490	9 081	9 511	3 911	4 170	5 629
Maltrato											
SIS	2 622	5 848	13 745	30 028	48 079	59 184	57 875	56 546	61 143	71 878	76 384
No afiliado	16 499	24 961	29 844	24 137	28 552	27 064	35 922	25 627	28 379	26 800	25 498
EsSalud	3 378	5 551	6 956	8 704	11 276	15 273	13 729	14 500	17 237	14 547	16 998
Otros	1	0	1 009	451	294	2 877	443	1 125	113	1 339	310
Calidad											
SIS	62 225	84 442	101 909	176 056	303 467	377 468	372 219	391 972	380 479	489 178	556 822
No afiliado	300 833	282 206	270 985	154 633	193 887	183 865	185 056	218 568	205 939	186 212	178 606
EsSalud	49 985	48 878	73 550	81 705	100 001	109 607	119 587	137 497	129 043	125 279	145 941
Otros	3 987	1 891	3 902	4 572	6 977	9 539	10 909	10 431	4 808	6 867	7 300

Tabla 7.10.b. Proporción del sistema de aseguramiento de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Distancia											
SIS	17.9	23.1	27.7	52.8	61.7	66.4	63.4	61.1	63.8	70.9	73.0
No afiliado	77.3	72.1	67.6	35.8	31.4	25.3	28.1	29.5	26.6	21.7	18.5
EsSalud	4.5	4.7	4.7	10.3	6.5	7.4	8.0	8.9	9.3	7.0	8.0
Otros	0.3	0.1	0.0	1.1	0.9	1.1	0.6	0.6	0.3	0.4	0.4
Demora											
SIS	6.6	14.4	13.3	30.7	37.3	44.5	44.6	42.2	42.5	52.5	54.3
No afiliado	56.4	55.9	48.6	38.1	33.7	28.6	24.4	28.3	29.7	23.0	20.8
EsSalud	34.0	28.4	36.3	30.2	27.7	26.0	28.1	27.0	26.7	23.5	23.7
Otros	3.0	1.4	1.8	1.1	1.9	1.5	2.9	2.6	1.1	1.0	1.2
Maltrato											
SIS	11.7	16.1	26.7	47.4	54.5	56.8	53.6	57.8	57.2	62.7	64.1
No afiliado	73.3	68.7	57.9	38.1	32.4	26.0	33.3	26.2	26.6	23.4	21.4
EsSalud	15.0	15.3	13.5	13.8	12.8	14.7	12.7	14.8	16.1	12.7	14.3
Otros	0.0	0.0	2.0	0.7	0.3	2.8	0.4	1.2	0.1	1.2	0.3
Calidad											
SIS	14.9	20.2	22.7	42.2	50.4	55.7	54.4	51.7	52.8	60.6	62.7
No afiliado	72.1	67.6	60.4	37.1	32.2	27.1	27.1	28.8	28.6	23.1	20.1
EsSalud	12.0	11.7	16.4	19.6	16.6	16.2	17.5	18.1	17.9	15.5	16.4
Otros	1.0	0.5	0.9	1.1	1.2	1.4	1.6	1.4	0.7	0.9	0.8

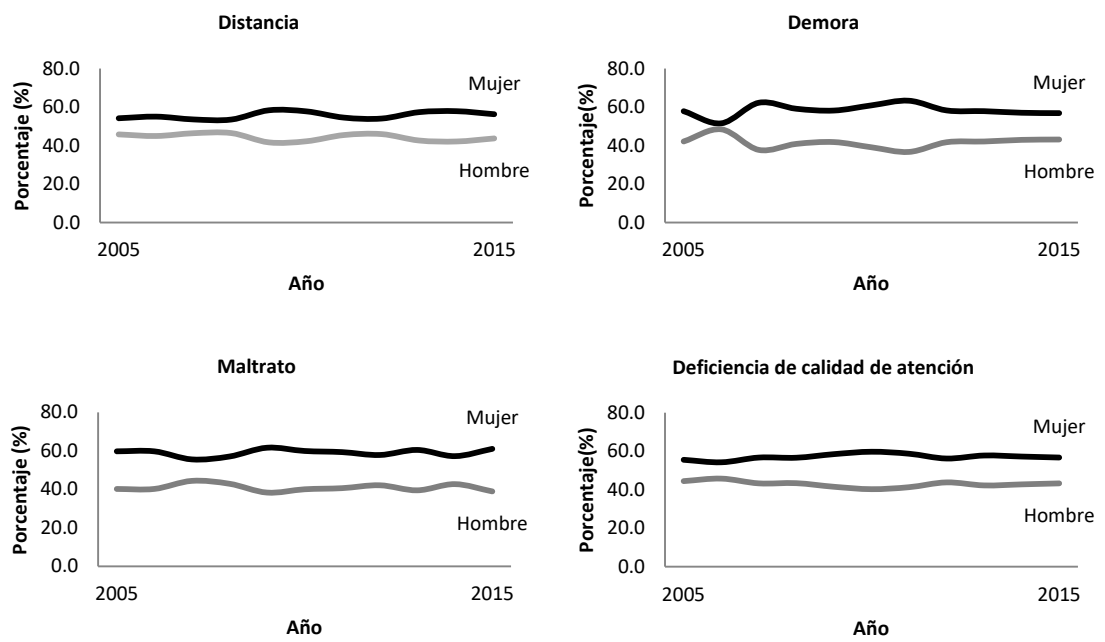


Figura 7.1. Proporción según sexo de las personas que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención.

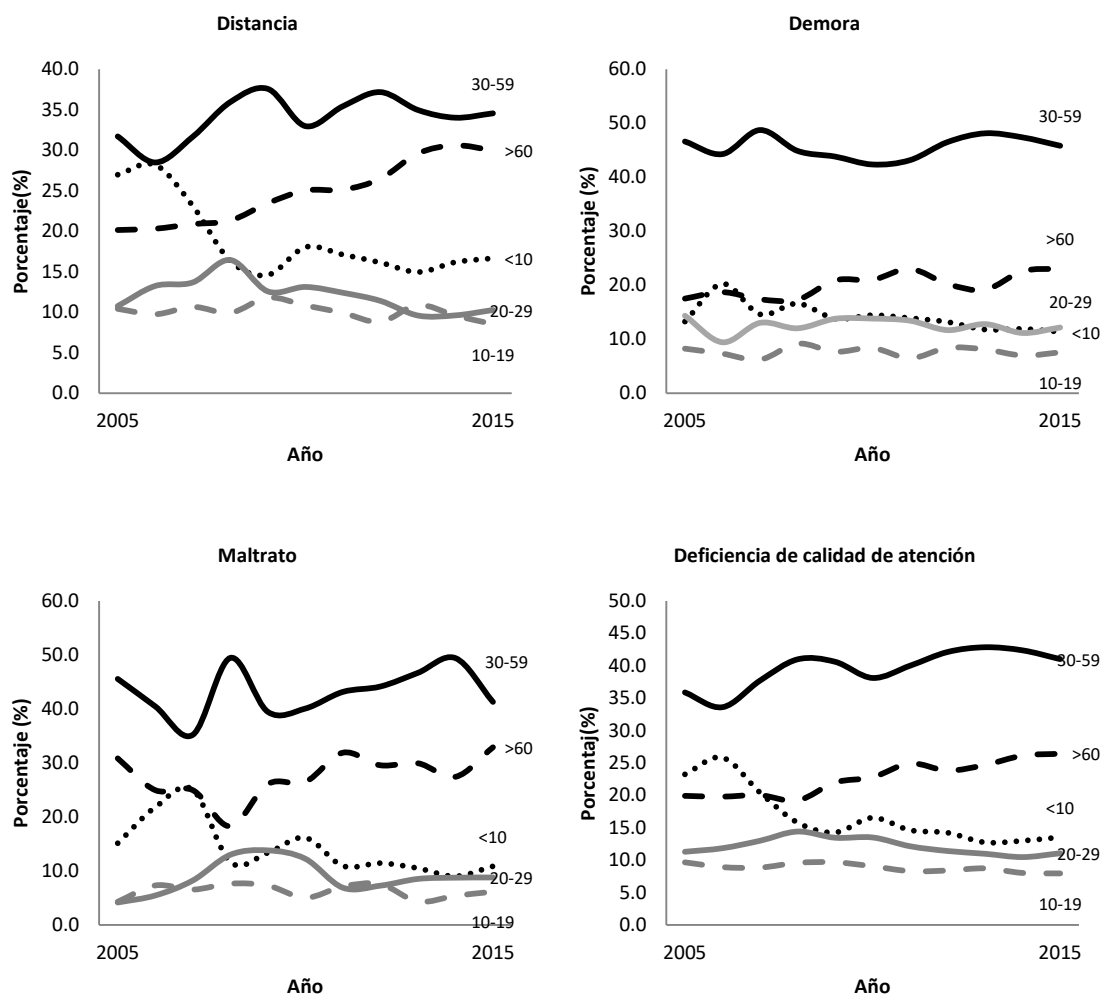


Figura 7.2. Edad de las personas con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.

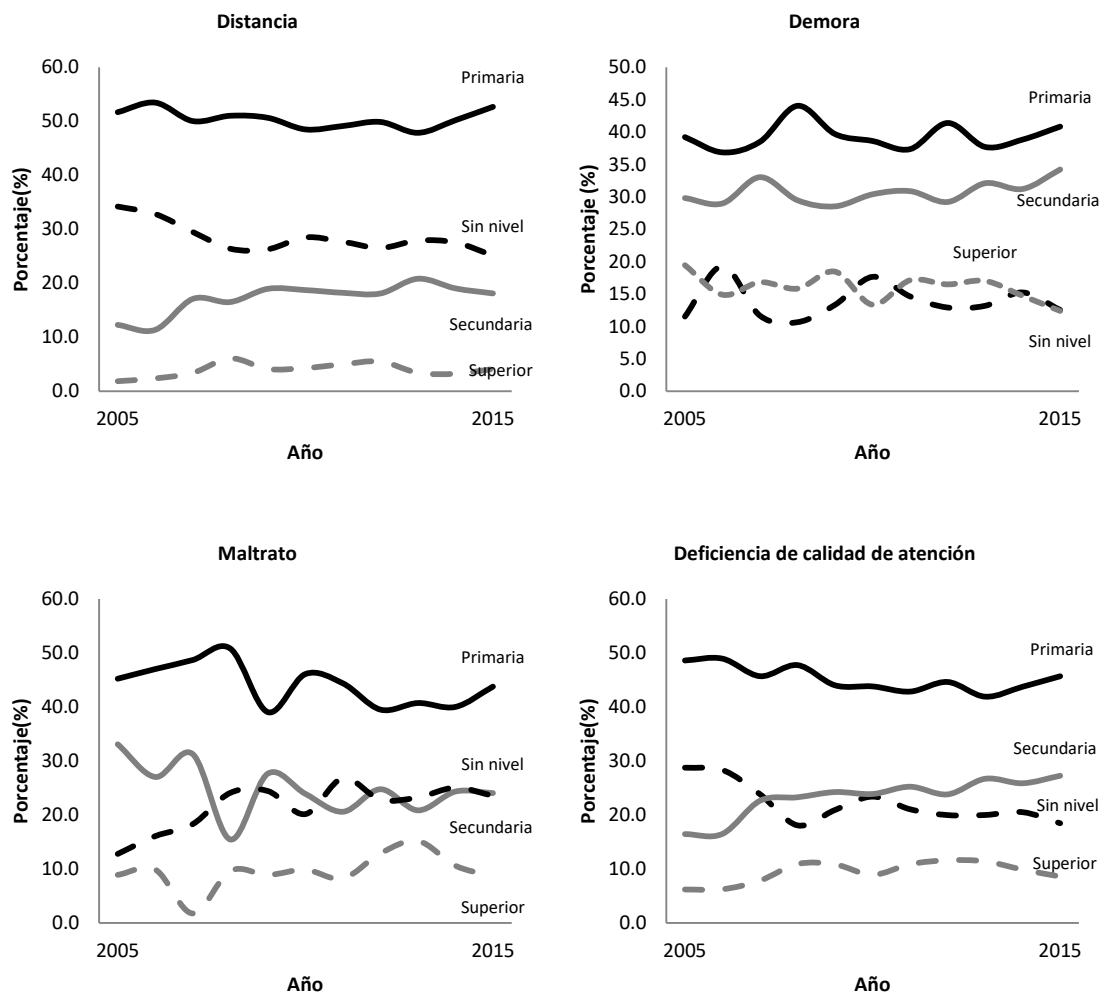


Figura 7.3. Nivel educativo de la población peruana con problemas de salud que no buscaron atención médica por deficiencia de calidad de atención en el periodo 2005-2015.